

00921
2

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

**"IMPORTANCIA DE ENFERMERÍA EN LA ORIENTACIÓN-CONSEJERÍA
PARA LA ACEPTACIÓN DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU),
EN EL POST-EVENTO OBSTÉTRICO."**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADAS EN ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA**

P R E S E N T A N

**AGUILAR GARCÍA MARÍA GUADALUPE
GARCÍA GALINDO BEATRIZ
SÁNCHEZ GALÁN MARÍA CRISTINA**

DIRECTORA DE TRABAJO



LIC. CAROLINA SOLÍS GUZMÁN

**ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**



SECRETARÍA DE ASUNTOS ESCOLARES

MÉXICO, D.F. 2003

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

Doy gracias al supremo creador por permitirme estar aquí y ahora en este momento tan importante de mi vida.

Agradezco a mis hijas: Miriam y Alejandra Marlene por su amor, comprensión y apoyo, lo que me permitió llegar a este escalón de mi carrera profesional.

Les doy gracias a todos mis maestros por el apoyo brindado a lo largo de mi carrera profesional, ya que siempre estuvieron dispuestos a dar de su valioso tiempo, aún, fuera de aulas, para resolver mis dudas académicas, y ofrecer su consejo profesional o personal.

Sin tratar de omitir a nadie, quiero agradecer a todas y cada una de las personas que hicieron posible el que yo haya podido concluir esta tesis.

Gracias

María Guadalupe Aguilar García

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

B

**Gracias a DIOS por permitir cada paso que doy,
Que perdonas cada error y lo devuelves con bien
Eres la energía que yo necesito en toda mi vida
En especial a ti Jehová Dios.**

**Con cariño a mi Mamá y Hermanos
Que me apoyaron en todo momento
"gracias a cada uno de ustedes"**

**A mi asesora y compañeras
por su colaboración tan importante,
a sus conocimientos, y experiencias
que me llevaron al aprendizaje "gracias"**

Beatriz García Galindo

TEDE CON
FALLA DE ORIGEN

**A DIOS por permitirme
estar aquí y ahora**

**El vínculo que une
a la auténtica familia
no es de sangre, sino
de respeto y de goce mutuo.**

**Es raro que los miembros
de una familia
se crien bajo
el mismo techo**

**Agradezco a mis queridos padres por el apoyo,
que he recibido de ellos durante toda mi vida.**

**Enseñar es recordarles a los demás
que saben tanto como tú.
Sois todos aprendices, ejecutores, maestros**

**A mis profesores, por todo el conocimiento que me
han transmitido, durante mi formación profesional
por su tiempo y dedicación.**

**Aprender
es descubrir
lo que ya sabes.
Actuar es demostrar que
lo sabes**

**A Fernando mi hermano, por su apoyo técnico y moral,
durante y hasta el final de la licenciatura, y sobre todo
por su gran ayuda para la elaboración de ésta tesis.**

Gracias

María Cristina Sánchez Galán

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	4
OBJETIVOS	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
 A. MARCO TEÓRICO	
CAPÍTULO I: GENERALIDADES	
1.1 Antecedentes de la planificación familiar en México.....	13
1.2 Base legal.....	21
1.2.1 Fundamento jurídico: Políticas de población y de salud.....	21
1.2.2 Fundamento normativo: Norma Oficial Mexicana de los servicios de planificación familiar..	23
1.2.2.1 La planificación familiar y los derechos sexuales y reproductivos.....	25
1.3 Factores sociales de la planificación familiar.....	28
1.3.1 Aspecto cultural.....	30
1.4 Control de la natalidad.....	41
 CAPÍTULO II: ORIENTACIÓN-CONSEJERÍA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR	
2.1 Antecedentes.....	43
2.1.1 Definición de consejería en planificación familiar.....	45
2.1.2 Objetivo final de la consejería.....	45
2.1.2.1 Objetivos específicos de la consejería.....	46
2.1.3 Selección y prescripción de métodos anticonceptivos.....	47
2.1.4 Componentes de la orientación-consejería en planificación familiar.....	48
2.2 Orientación-consejería en la anticoncepción del DIU.....	55
2.2.1 Orientación y selección de pacientes.....	56
2.2.2 Participación del consejero en planificación familiar.....	57
2.2.3 Consideraciones con respecto a la consejería anticonceptiva del DIU.....	58
2.2.4 Consejería en situaciones especiales.....	61
2.2.5 El papel de la orientación individual en la elección y el consentimiento informado.....	64
2.2.5.1 Elección informada.....	66
2.2.5.2 Consentimiento informado.....	68
2.2.6 Proceso para la obtención del consentimiento informado en planificación familiar.....	71
 CAPÍTULO III: DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)	
3.1 Generalidades.....	75
3.1.1 Concepto.....	76
3.1.2 Antecedentes.....	76
3.1.3 Descripción.....	77
3.1.4 Duración de la protección anticonceptiva.....	77
3.1.5 Efectividad anticonceptiva.....	78

3.2 Mecanismo de Acción.....	78
3.3 Modo de empleo	78
3.3.1 Momento de la inserción.....	79
3.3.2 Indicaciones.....	79
3.3.3 Contraindicaciones.....	79
3.3.4 Precauciones.....	80
3.3.5 Ventajas.....	80
3.3.6 Desventajas.....	80
3.3.7 Efectos colaterales.....	81
3.3.8 Complicaciones.....	81
3.3.9 Recomendaciones.....	81

CAPITULO IV: INTERVENCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA ORIENTACIÓN-CONSEJERÍA ACERCA DEL DIU

4.1 Antecedentes históricos.....	82
4.2 Perfil del personal de enfermería.....	83
4.3 El papel del personal de enfermería en la consejería en planificación familiar	86
4.4 Servicios de orientación a la usuaria del DIU en la consulta de enfermería	90
4.5 Participación del personal de enfermería en la obtención del consentimiento informado.....	98
4.6 Dimensiones de la calidad en la orientación-consejería en la consulta de enfermería.....	101
4.7 Capacitación en consejería	102
4.8 Limitantes para que el personal de enfermería otorgue orientación-consejería.....	108
4.9 Sugerencias para realizar la orientación-consejería	110
B. VARIABLES	112
C. METODOLOGÍA	117
D. CUADROS, GRÁFICAS Y ANÁLISIS	123
RESULTADOS.....	166
CONCLUSIÓN.....	168
SUGERENCIAS.....	172
BIBLIOGRAFÍA.....	174
ANEXOS.....	181
Anexo 1 Cuestionario.....	182
Anexo 2 Número de personal de enfermería por servicio Hospital General de Chalco.....	185
Anexo 3 Número de personal de enfermería por servicio Hospital General de Xico.....	186
Anexo 4 Glosario de Términos.....	187

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN

La orientación-consejería despierta un interés creciente por parte de los profesionales de enfermería, en general por una sociedad cada vez más exigente con los servicios de salud. En este trabajo, desarrollaremos minuciosamente la integración, composición, y los elementos más importantes de cada uno de los ámbitos de la orientación consejería.

El presente documento contiene aspectos teóricos y metodológicos, en el que se indican antecedentes y datos estadísticos, que muestran las repercusiones que tiene este tema con respecto de los daños a la salud materno-infantil, en nuestro país, la importancia de la intervención de enfermería con respecto a mejorar la salud perinatal de la mujer, mediante la orientación consejería en planificación familiar.

Dentro del **primer capítulo** se presenta una breve revisión de la **tondoncia histórica de la planificación familiar**, lo cual deja ver los muchos logros que se han alcanzado en esta materia. "El conocimiento de los medios de regulación de la fecundidad, así como su utilización, han logrado extenderse a todos los estratos de la sociedad".¹ Para comprender la realidad que se vive en México, se hace referencia al papel que tiene la planificación familiar para lograr la regulación de la fecundidad, en el **aspecto legal** dentro de una normativa jurídica. En relación con **los aspectos sociales y culturales**, estos inciden en las condiciones de salud de las mujeres y su familia. En el **capítulo II** cómo la **orientación-consejería** es útil para el mejoramiento de la salud de mujeres y niños, al reducir los riesgos de morbi-mortalidad en ambos grupos de personas y contribuir a crear condiciones **demográficas favorables** al desarrollo socioeconómico sostenido, equitativo y sustentable, expresado en una mejor calidad de vida de todos. El **capítulo III** corresponde al **Método Temporal** de planificación familiar, **Dispositivo Intrauterino (DIU)**. Es un método contraceptivo que ha revolucionado el mundo desde que apareció en el mercado en 1960, ya que introdujo una eficacia y comodidad desconocidas hasta ese momento en la prevención del embarazo. La **seguridad contraceptiva** no ha sido superada por ningún otro método anticonceptivo desde entonces, siendo muy alta en casos de correcta inserción.

¹ CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN (CONAPO). *Veinticinco años de Planificación Familiar en México...* 1999, pág. 203 -212. <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/1999/PDF/99014.pdf>

Dentro del **capítulo IV** se muestra cómo **enfermería participa** en el Programa de Planificación Familiar, mediante la **orientación-consejería**, realizando actividades encaminadas hacia la toma de decisiones de la usuaria a partir de su realidad, lo que le permite, actuar sobre esa realidad para transformarla, en el marco de absoluta libertad y respeto. Es muy importante tener en mente que la orientación y la selección de la paciente, juega un papel fundamental al preparar a las mujeres acerca de las incomodidades que pudieran presentarse durante y después de la inserción en el uso de un DIU.

Todo lo anteriormente mencionado, muestra el interés nuestro en querer conocer y dar respuesta a las demandas y necesidades en planificación familiar.

En el apartado de **Metodología**, se da a conocer el Diseño de la Investigación. Tipo de estudio, Universo y muestra, Límites, y Muestreo Probabilístico.

Se presenta la información obtenida en **Cuadros** para visualizar el comportamiento de los fenómenos estudiados, y **Gráficas** para facilitar la visualización de las variables que interactúan y evidenciar cómo cambian en sus relaciones en una primera mirada. En el **Análisis** se describen los porcentajes más relevantes de la totalidad de los datos, y se presentan, finalmente, los **Resultados** obtenidos.

Con base en los datos concluyentes de las usuarias encuestadas, se presenta la **Conclusión** acerca de los elementos que ayudaron a conocer, describir, y comprobar, cómo la orientación-consejería, es un elemento indispensable en el post-evento obstétrico para la aceptación del DIU como método de planificación familiar; y como la participación de enfermería en dicha acción, hace valiosa esta actividad, que lleva a la paciente a tomar decisiones de manera libre, responsable y voluntaria, así como su necesidad de información en salud reproductiva.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

También con base en la problemática detectada, se presentan las **Sugerencias**, en donde se recomienda a las autoridades de las instituciones de salud en las que se realizó el presente trabajo: Hospital General de Chalco y Hospital General Dr. "Fernando Quiroz Gutiérrez" de Valle de Chalco, Xico, pertenecientes al Instituto de Salud en el Estado de México: la capacitación del personal de enfermería en orientación-consejería en planificación familiar, debido a que es quien está más cerca de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio sin olvidar que esta actividad es responsabilidad de todo el personal multidisciplinario.

Por último se presenta la **Bibliografía**, en donde se mencionan las obras consultadas para la realización de esta tesis.

Se presentan los **Anexos**; los cuales contienen información relevante que ayudará a clarificar algunos puntos de este trabajo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

JUSTIFICACIÓN

El control de la natalidad, es y siempre ha sido, uno de los medios más utilizados en el mundo entero para limitar el número de hijos. Actualmente la prevención voluntaria y temporal del embarazo está indicado o es deseable por razones socioeconómicas, médicas, personales y es aplicable tanto al hombre como a la mujer.

El control natal constituye una necesidad para la mujer que no tiene el deseo de estar embarazada. A pesar de las restricciones morales que existen en México a este respecto, no deja de ser una realidad latente que nuestra sociedad mexicana vive encadenada a una idiosincrasia heredada de un catolicismo estricto, en donde la anticoncepción por medios que no sean naturales es un pecado, pues dejan de lado, que ésta, es una realidad tangible, que no implica moral ni religión, sino necesidad. Ya sean estas u otras las consideraciones morales o religiosas de la pareja, ésta ha de tener en cuenta que para la elección de un método anticonceptivo es conveniente obtener información acerca de las diversas opciones y de su índice de éxito o fracaso. Asimismo, el estado de salud, la edad, el estilo de vida y las circunstancias personales son factores que influyen en dicha decisión.²

Para la mayoría de la población es difícil delimitar la diferencia entre querer plenamente un hijo y poder tenerlo. Para ello se deberá considerar como causas válidas para que una mujer se embarace, los factores: económico, educativo, familiar, social y psicológico.

En esta situación, las mujeres de escasos recursos económicos son las más desfavorecidas, porque viven en condiciones que ponen en peligro su salud y a menudo su vida, situación que es preocupante por que ella ocupa un lugar insustituible en el núcleo familiar, trabajo, círculo social en el que se desenvuelve, etc.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

² SEXO & SALUD: *Métodos anticonceptivos... La anticoncepción en la historia.*

La población mexicana afronta grandes problemas de salud. Se considera que las mujeres en edad fértil y con vida sexual activa corren el riesgo de un embarazo no deseado, lo que repercute en altas tasas de morbi-mortalidad materno-infantil, alterando el nivel familiar, social y económico, además del enorme costo que representa para el país la atención especializada que se requiere, reconociendo así su impacto clínico, demográfico y epidemiológico.

En México, el Programa de Planificación Familiar ha logrado posicionar oficialmente la práctica de la consejería como una actividad básica para las usuarias en edad reproductiva que desean prevenir un embarazo. Garantiza sus derechos de elección del control natal, al tomar una decisión libre, responsable e informada, mediante el conocimiento de los diferentes métodos anticonceptivos. Los resultados positivos de la consejería, permitieron extrapolar esta actividad a los métodos anticonceptivos temporales, como en el caso del DIU.³

Enfermería, como parte fundamental en la atención en el área de obstetricia, requiere, durante la estancia hospitalaria de las usuarias, tener comunicación con ellas para superar la promoción y ampliar la información sobre métodos de planificación familiar y proporcionar consejería mediante expresiones verbales y no verbales, con amabilidad, respeto, consideración a los temores y dudas de las mujeres, la agilidad y prontitud en la atención; la privacidad y la confidencialidad forman parte de ello y de un trato humanitario, que permita explorar en primer lugar el conocimiento que la usuaria tiene de los métodos, corrigiendo conceptos erróneos sin ejercer presión por utilizar algún método o desecharlo, ayudando con ello a la toma de decisiones libres y responsables. De tal manera que la decisión y consentimiento informado deben ser respetados absolutamente.

Por tal motivo se realiza el presente trabajo de tesis y se dan a conocer los resultados de nuestra investigación, realizada de enero a junio del 2003 en las instituciones mencionadas.

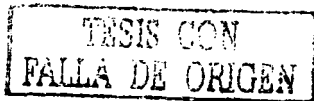
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

³ DE FÁTIMA PALACIO, FRANCIA. *La consejería en los programas de planificación familiar*, 1996
<http://tone.udel.edu.co/revista/sep96/consejer.html>

Además de evaluar el nivel de conocimientos de las pacientes y como parte central en la investigación, deseamos conocer la participación de enfermería en la orientación-consejería para la aceptación del DIU en el post-evento obstétrico, con el fin de proponer alternativas de solución.

Enfermería, debe proporcionar a las usuarias solicitantes del DIU orientación-consejería en planificación familiar, en un ámbito de privacidad y confiabilidad, considerando las características circunstanciales de la paciente: en pareja; su etapa en el ciclo reproductivo; sus condiciones de salud; sus necesidades individuales y sus prioridades de fecundación, ésta incluye un proceso de análisis y comunicación interpersonal, para que la paciente tome decisiones informadas, voluntarias, conscientes, y de manera responsable acerca este método anticonceptivo temporal, enfermería, debe asegurarse que su uso sea el más correcto y satisfactorio, que permita a la pareja tener relaciones sexuales sin riesgo de embarazo, y no deberá inducir de manera arbitraria, a la elección de algún método anticonceptivo en especial, impartirá orientación-consejería en la consulta externa, de planificación familiar, de ginecología y obstetricia y servicios de atención para adolescentes, así como durante la estancia hospitalaria en la atención de eventos obstétricos (parto, cesárea y aborto) ⁴. Particularmente cuando la usuaria no haya recibido información previa. La decisión deberá ratificarse por las usuarias mediante la firma o impresión dactilar en los formatos específicos, documento que deberá anexarse al expediente clínico.⁵

Finalmente deseamos de que nuestra tesis, colabore a la cultura y crecimiento de la profesión de enfermería; que le ayude a encaminar sus acciones al otorgar orientación-consejería en planificación familiar, y de esta manera podamos contribuir a mejorar la calidad de atención a las usuarias en el segundo nivel, en el área de obstetricia, lo cual repercutirá de manera vital e importante en el mejoramiento de sus condiciones de vida.



⁴ SECRETARÍA DE SALUD (SSA). *Dispositivo Intrauterino*, 1999, p. 59-60

⁵ SSA. *Planificación Familiar en el contexto de la salud reproductiva*, México, 1999, p. 32-33

OBJETIVOS**OBJETIVO GENERAL:**

Evaluar el nivel de conocimientos de las pacientes en el post-evento obstétrico para la aceptación del Dispositivo Intrauterino (DIU), de acuerdo con la orientación-consejería, que recibe del personal de enfermería en el Hospital General de Chalco y Hospital General "Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez" del Valle de Chalco, Xico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Dar a conocer a las Instituciones de salud en estudio, los resultados obtenidos de la investigación.

Proponer alternativas de solución que lleven a enfermería a participar más activamente en la orientación-consejería, así como a la toma de decisiones para la adopción del DIU, como método de planificación familiar.

Presentar la tesis como requisito para obtener el título de Licenciadas en Enfermería y Obstetricia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La población mundial aumenta vertiginosamente. Este crecimiento tendrá que detenerse, ya que en 100 años más recubrirá todas las partes habitables del mundo y las consecuencias son fácilmente imaginables.

Nuestro país llega al siglo XXI con un grave desequilibrio demográfico y víctima de una grave desigualdad social: se estima que nuestro crecimiento natural es ligeramente a 2 por ciento. A este ritmo de crecimiento, se calcula que hacia el año 2025 podríamos llegar a 135 millones de habitantes y hacia el año 2050 a los 160 millones. Los problemas demográficos están estrictamente ligados a sus características socioculturales. Por lo que podemos decir que nacen 4,458 niños diariamente, lo que ocasiona que la población aumente 1, 627,305 cada año. El índice demográfico de nuestro país ocupa uno de los primeros lugares en el mundo. Debe tenerse en cuenta que el crecimiento de la población, es un problema de alcance y será más agudo conforme pase el tiempo, por lo que actualmente se ha puesto mayor énfasis en la planificación familiar.⁶

La mortalidad materna constituye un problema social y de género, ya que la mayor parte de sus causas son prevenibles. De origen multifactorial, este indicador está relacionado con el acceso a la información y servicios de salud, así como de factores socioeconómicos, incluyendo la educación y las condiciones nutricionales y sanitarias de la población. En México se ha observado que 260 mil mujeres mueren al año por causa de la maternidad, tales como toxemia, hemorragias post-parto, infecciones y otras. Las tasas de mortalidad materna en nuestro país no han variado en los últimos 20 años, considerándose aún la segunda causa de muerte materna (20 por cada 10 mil nacidos vivos). La procreación a una edad temprana y los partos muy tempranos y frecuentes no permiten cualquier oportunidad de educación y empleo remunerado para la mujer.⁷

⁶ CONAPO. *Estadísticas de SSA. IMSS. ISSSTE. 1999.* pág. 58.

⁷ INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS). *Ginecología y Obstetricia* Pág. 83.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La disminución de la mortalidad materna y de un buen número de casos de alto riesgo perinatal, lesiones físicas y emocionales que limitan la calidad de vida de madre e hijo requiere de múltiples estrategias a través del Programa de Planificación Familiar, con la participación de todos los sectores de la sociedad.⁸

La Secretaría de Salud (SSA), ha considerado necesario reforzar las actividades en la instalación de medidas anticonceptivas en el post-evento obstétrico. El personal de enfermería, como prestador de los servicios de salud, tiene la oportunidad y el compromiso de ofrecer orientación-consejería, y promover la mayor participación de la usuaria en la toma de decisiones, para lograr el consentimiento bien informado para la adopción del DIU. Se acepta que éste método, es recomendable para la usuaria que desea espaciar sus embarazos; es efectivo y seguro para mujeres adecuadamente evaluadas; brinda protección de un 98-99%. Es altamente aceptable, usado actualmente por alrededor de 100 millones de mujeres en todas partes del mundo. Desde comienzos de los años sesenta, los DIUs han sido objeto de numerosas mejoras que han incrementado su efectividad y seguridad. La mayoría de los DIUs portadores de cobre más modernos se han estudiado ahora en un gran número de mujeres por períodos prolongados. Dichos estudios han demostrado que estos DIUs son altamente eficaces y muy seguros para mujeres con bajo riesgo de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).

El tema de orientación-consejería para la aceptación del DIU en el post-evento obstétrico, es relevante por dos razones: una, es por las implicaciones que tiene para las mujeres que están interesadas en la planificación familiar, sin embargo estando interesadas en evitar y, principalmente, en posponer nuevos embarazos, no están usando anticonceptivos por falta de educación, actitud del personal, decisión del compañero, no accesibilidad a la unidad de salud entre otros y la otra, tiene que ver con las implicaciones de la importancia del rol de los profesionales de enfermería, sobretudo en el post-evento obstétrico.

⁸ PÉREZ PALACIOS, GREGORIO. "Maternidad Responsable y sin riesgos". Secretaría de Salud, Dirección General de Salud Reproductiva, SSA, México, 2000, pág. 25

La formación de los profesionales de enfermería en orientación-consejería en planificación familiar, tiene una importancia estratégica, para acomodarlos a las nuevas demandas y nuevos enfoques de atención a las usuarias en el post-evento obstétrico. De esta formación va a derivar su adecuada actuación. Al individualizar las necesidades de la usuaria, mejorar su calidad de vida y satisfacer su derecho a un servicio humanizado y de calidad profesional.

Una actitud positiva del personal de enfermería hacia la consejería, al margen de sus creencias personales sobre el tema, mejorará la imagen del servicio en los centros hospitalarios. Además de aconsejar a las madres sobre la anticoncepción para resolver cualquier duda o temor que las mujeres tengan al respecto.

Opinamos que la realización de ésta investigación trasciende, debido a que en la actualidad la mujer vive dentro de una sociedad que le conlleva a la toma de decisiones, con la cual tiene la opción de llevar o no un control natal para su bienestar y el de su familia.

Pues bien, la presente Investigación pretende mostrar la importancia de la participación del personal de enfermería en la orientación-consejería para la aceptación del DIU en el post-evento obstétrico.

Damos a conocer la problemática encontrada en el Hospital General de Chalco, dónde observamos que de 500 pacientes que acudieron para su atención obstétrica, en un periodo de tres meses (de enero a marzo del 2003), solo 50 aceptaron que se les colocara el DIU durante el puerperio inmediato; es decir el 95 % de ellas, egresaron sin haber aceptado éste método anticonceptivo en el post-evento obstétrico.

Además, como dicha investigación fue descriptiva-comparativa, entre el Hospital General de Chalco y Hospital General "Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez" de Xico. Se apreciaron dos puntos de vista ante la misma problemática. Ambos de segundo nivel de atención, cuentan con 60 camas censables y un porcentaje de ocupación similar al 60% en el servicio de obstetricia.

Atienden a población abierta de los municipios: Ixtapaluca, Chalco, Amecameca, San Pablo, Atlazalpan, Tlalmanalco, Ayotzingo, San Martín, Los Reyes, Ayotla, y Valle de Chalco, Xico⁹

El recurso de enfermería en ambas instituciones opera de manera indispensable, para la atención y el cuidado de los pacientes (ver Anexos 2 y 3).

El cuestionario aplicado a las usuarias refleja el conocimiento que tienen acerca del DIU como método de control natal (ver Anexo 1).

Por lo que planteamos la siguiente pregunta:

¿Es la falta de orientación-consejería por parte del personal de enfermería la principal causa para que la paciente en el post-evento obstétrico no acepte el DIU como método de Planificación Familiar?

⁹ INSTITUTO DE SALUD EN EL ESTADO DE MÉXICO (ISEM). *Manual de Organización del Departamento de Enfermería*. Diciembre del 2001, y Cuaderno estadístico municipal 1996. INEGI/ILC. Chalco. Datos demográficos.

A. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I GENERALIDADES

1.1 Antecedentes de la planificación familiar en México

El interés en la planificación familiar se desprende de tres conceptos independientes que surgen en diferentes tiempos históricos y con diferentes objetivos. El primero se relaciona con los derechos humanos, el segundo proviene del enfoque integral en la salud y el tercero lo constituye la razón demográfica.

El relativo a los derechos humanos se manifiesta cuando aparece el reconocimiento de la igualdad del varón y de la mujer, tanto entre las parejas como dentro de la sociedad. A esto se suman los derechos del niño; el derecho de ser planeado y el derecho a ser deseado, enfatizado en la Cumbre Mundial a favor de la Infancia.

En el marco de la salud, la posibilidad de decidir sobre el mejor momento y condiciones para la reproducción ha dado lugar a que el uso de anticonceptivos facilite la planificación de la familia y con ello se eviten los embarazos no deseados y aquellos que conllevan riesgos para la salud. En otras palabras, la planificación familiar ayuda a salvar las vidas de las mujeres y niños y logra condiciones de bienestar familiar y mejor calidad de vida.

Finalmente, el razonamiento demográfico permite identificar que el crecimiento desordenado de la población constituye un serio obstáculo para el desarrollo sostenido de los países y para su equilibrio con el entorno ecológico. El desarrollo social y económico de los pueblos es sólo posible como consecuencia del desarrollo humano, dentro del cual los individuos disfrutan del ejercicio de sus derechos y el goce de sus libertades humanas, políticas, económicas y sociales que obviamente le permitan regular su fertilidad y su fecundidad. Es dentro de este marco conceptual en el que está inscrito el Programa de Planificación Familiar de la Secretaría de Salud.¹⁰

¹⁰ PROGRAMA NACIONAL DE POBLACIÓN. *Informe de Avances de 1989-1994*. 1994, pág. 105.

México ha logrado notables avances en materia de planificación familiar, lo cual ha permitido en un período relativamente corto, incidir en la dinámica demográfica del país. Una de las transformaciones más profundas que ha experimentado la sociedad mexicana en los últimos veinticinco años es, sin duda, el cambio en las preferencias reproductivas y la interiorización de la planificación familiar como un valor en la vida de las personas.

A mediados de la década de los sesenta, cuando la fecundidad alcanzó su nivel máximo histórico, muy pocas personas, mayoritariamente las clases medias y altas de la sociedad, tenían conocimiento de los métodos modernos para regular la fecundidad y éstos sólo eran accesibles en los servicios médicos privados. El ambiente cultural de la época, a pesar de las transformaciones económicas y sociales que había experimentado el país desde los años cuarenta, seguía favoreciendo las familias numerosas, y la reproducción era percibida como algo que escapaba del control de los individuos. El marco jurídico que prevalecía en ese tiempo, producto del predominio por muchos años de política pronatalista, imponía fuertes restricciones a la población para poder acceder al conocimiento y los medios de regulación de la fecundidad.

El debate internacional y nacional, aunado a la mayor conciencia sobre las consecuencias económicas y sociales del acelerado crecimiento demográfico, condujo al replanteamiento de la política de población y a la modificación de su marco jurídico. En 1973 se modificó el Código Sanitario, el cual prohibía la propaganda y venta de productos anticonceptivos.

En enero de 1974 se publicó la nueva Ley General de Población, que tiene por objeto regular los fenómenos demográficos y establece la obligatoriedad del Estado de ofrecer servicios de planificación familiar. Asimismo, en su Reglamento, determina la gratuidad del servicio de planificación familiar en las instituciones públicas de salud.

En diciembre del mismo año se reformó el Artículo Cuarto de la Constitución Política, lo que convirtió a México en el segundo país del mundo y el primero de América Latina en consagrar en su Ley fundamental el derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.

Esos años constituyen el inicio de una etapa revolucionaria en la que los mexicanos y las mexicanas fueron apropiándose del control de su vida reproductiva.¹¹

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

En primer término, la planificación familiar se elevó ese mismo año, a rango constitucional al enmendarse el artículo 4° de nuestra Carta Magna, otorgando el derecho a todas las mexicanas y todos los mexicanos a su decisión libre, responsable e informada sobre el tamaño de su familia, estableciendo la equidad de géneros y haciendo explícito el derecho a la salud de toda la población.

En 1974 también se crea el Consejo Nacional de Población, como un organismo Intersectorial para el establecimiento y coordinación de la política de población y sus líneas de acción, y se promulga la nueva Ley General de Población.

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

¹¹ CONAPO. *Veinticinco años de Planificación Familiar en México...*, 1999, pág. 203 -212
<http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/1999/PDF/99014.pdf>

Las acciones operativas de planificación familiar se consolidaron en todo el territorio nacional en 1977 y, a partir de entonces, se inició un proceso de evolución que permitió ampliar la cobertura del programa y la calidad en la prestación de los servicios.

El Programa que inicio en el área urbana, se expandió rápidamente al área rural a través de diversas estrategias operativas. En forma simultánea, se amplió la oferta de métodos anticonceptivos de gran efectividad y seguridad para la población usuaria, y se fortalecieron las campañas de comunicación educativa y comunicación social en la década de los ochenta. En 1984, con la promulgación de la Ley General de Salud se incluyó la planificación familiar como parte de los servicios de salud.

El Programa de Planificación Familiar incorporo el enfoque de riesgo, se iniciaron programas de anticoncepción post-evento obstétrico, dándose prioridad a grupos específicos de población que se identificaron como vulnerables y de mayor riesgo. Posteriormente se iniciaron acciones y estrategias encaminadas a brindar información a toda la población adolescente.

En los años noventa, los programas institucionales emprendieron actividades tendientes a incorporar en forma activa a los hombres; en esa época se establecen lineamientos normativos oficiales para la prestación de servicios de planificación familiar.

En 1993, el Grupo Interinstitucional de Planificación Familiar elaboró, de manera colegiada, el proyecto de Norma Oficial Mexicana para este programa, el cual incorporó los avances científicos y tecnológicos en anticoncepción, así como diversas acciones de orientación consejería que deben acompañar a la prescripción en la elaboración de esta norma, de institutos de investigación, asociaciones médicas y de organismos no gubernamentales lo que, aunado a una amplia consulta pública, enriqueció notablemente el contenido de los lineamientos normativos.

La Norma Oficial Mexicana en su versión final fue publicada en el Diario Oficial de la Federación en mayo de 1994; a partir de entonces, entro en vigor, siendo de observancia obligatoria para los sectores públicos, social y privado.

En diciembre de 1994 el Secretario de Salud, Dr. Juan Ramón de la Fuente tomó la iniciativa de implantar un Programa Nacional de Salud Reproductiva incluyendo a la planificación familiar como uno de sus pilares fundamentales.

En seguimiento a esta iniciativa, en 1995 se instaló el grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva, a nivel federal, conformado por todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud, la Secretaría de Educación Pública, la Secretaría General del Consejo Nacional de Población, el Instituto Nacional Indigenista, el Programa Nacional de la Mujer y la Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, así como por seis organismos de la sociedad civil.

El grupo Interinstitucional elaboró el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar para el periodo 1995-2000, con lo cual, México se constituyó en uno de los primeros países del mundo, en adoptar las recomendaciones del Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo.¹²

La **salud reproductiva** debe entenderse como el estado general de bienestar físico, mental y social, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y sus procesos, es decir, es la capacidad de los individuos y de las parejas de disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad para decidir de manera responsable y bien informado sobre el número y espaciamiento de sus hijos.

Esta visión holística considera que toda la población debe tener acceso a información amplia y a una gama completa de servicios de salud reproductiva, los cuales además deberán ser asequibles y aceptables.

¹² SSA. *Planificación Familiar en el contexto de la Salud Reproductiva*, p.15- 16- 17

La información y prestación de servicios de salud reproductiva se definen y articulan a partir de tres componentes fundamentales: planificación familiar, salud perinatal y salud de la mujer, todos ellos con una clara perspectiva de género.

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

Salud Perinatal. Las acciones de salud Perinatal tienen como objetivo fundamental propiciar la maternidad saludable y sin riesgos para todas las mujeres, estableciendo estrategias gerenciales tendientes a incrementar la calidad de atención y contribuir a la disminución de las tasas de morbi-mortalidad materna y perinatal. Entre los aspectos más relevantes del componente de salud perinatal, debe destacarse la iniciativa del Hospital Amigo del Niño y de la Madre, que a través de veintiocho intervenciones, promueve el rescate de la práctica de lactancia materna y el alojamiento conjunto, la anticoncepción post-evento obstétrico, la capacitación permanente del personal en atención perinatal y reanimación cardiopulmonar neonatal, así como en la prevención de defectos al nacimiento.

Salud de la mujer. Este componente de la salud reproductiva tiene como objeto fundamental la prevención y control de enfermedades neoplásicas en la mujer, destacando por su importancia el cáncer cervicouterino y mamario.¹³

¹³ SSA. *Planificación Familiar en el contexto de la Salud Reproductiva*, pág. 17-18.

La práctica de la planificación familiar continúa siendo uno de los factores fundamentales en la reducción de la fecundidad, en nuestro país el incremento en la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos, contribuyó a que la tasa global descendiera de casi siete hijos por mujer en 1970, a poco más de 3 hijos por mujer en 1990 y a 2.4 en el año 2000. De continuar con la tendencia observada hasta ahora, en el año 2005 México alcanzará el nivel de reemplazo intergeneracional; esto es, una tasa global de fecundidad de 2.1 hijos por mujer.

La prevalencia de uso de métodos anticonceptivos entre el total de mujeres en edad fértil unidas del país alcanzó el 70.8% en el año 2000, valor que representa más del doble del estimado en 1976 y que supera la meta de 70.2% establecida tanto en el Programa de Reforma del Sector Salud como en el Programa Nacional de Población, 1995-2000. El nivel actual de prevalencia de uso de métodos anticonceptivos, indica que poco más de 11 millones de parejas usan un método para regular su fertilidad y que el número de usuarios activos del programa de planificación familiar se incrementó en poco más de 2 millones (22.8%) durante esta Administración Pública Federal (1995-2000), en la que la planificación familiar se incorporó como uno de los pilares fundamentales de la salud reproductiva.

De no haber combinado los patrones de fecundidad de los años setenta, en 1999 hubiera ocurrido cerca de 6.4 millones de nacimientos en lugar de 2.2 millones que tuvieron lugar ese año, lo que hubiese implicado la necesidad de triplicar la capacidad instalada y de personal en el Sector Salud, para satisfacer las demandas de atención prenatal, obstétrica y pediátrica.¹⁴

La población adolescente de 10 a 19 años se ha duplicado en los últimos 30 años; de 11.7 millones en 1970 se incrementó a 21.6 millones en el año 2000. El impacto de las acciones en planificación familiar ha sido muy evidente en este grupo etáreo de población. El número de nacimientos en madres adolescentes que ocurren anualmente disminuyeron de manera notable.

¹⁴ CONAPO. *Encuesta Nacional Sociodemográfica y estimaciones 1976-2000, 2000*. pág. 11-12

La disminución de la fecundidad ha sido el principal determinante de la desaceleración del crecimiento demográfico de México en los pasados veinticinco años. La caída de la tasa global de fecundidad propició que la tasa de crecimiento natural de la población disminuyera de 3.17 por ciento en 1974 a 2.33 por ciento en 1990 y a 1.74 por ciento en el 2000.¹⁵

Los datos preliminares del XII Censo General de Población y Vivienda, realizado en febrero del 2000, ratifican el enorme impacto que las acciones y estrategias de salud reproductiva y planificación familiar han tenido en materia de población. El promedio anual de la tasa de crecimiento total de la población durante el periodo 1990-1995 fue de 2.1% descendió 1.6% durante los años 1995-2000 la tasa de crecimiento total de la población es de 1.44%. México ingresa así al siglo XXI con un ritmo más armónico de crecimiento de su población y con mejores condiciones de salud reproductiva.¹⁶

El cumplimiento de las metas establecidas para el año 2000 en el Programa Nacional de Población y el de Salud Reproductiva y Planificación Familiar permitirá fortalecer las acciones tendientes a incrementar la cobertura y calidad del programa en los sectores públicos, social y privado.

La concertación Interinstitucional con la activa participación de la sociedad civil organizada, a niveles federales y estatales es fundamental para lograr el impacto esperado de este programa. En 1995 se instalaron los grupos Interinstitucionales de Salud Reproductiva, nivel federal y en cada una de las 32 entidades federales.

El proceso de descentralización efectiva de los servicios de salud, como una acción esencial de la reforma del sector, ha permitido identificar las necesidades y demandas así como la toma de decisiones estratégicas a niveles estatal y jurisdiccional, fortaleciendo la planeación operativa del programa.

¹⁵ CONAPO. *Tasa global de fecundidad. Encuestas Sociodemográficas y estimación 1970-2000*. 2000, p. 12-1

¹⁶ CONAPO. *Tasa de crecimiento natural y total de la población. 1960-2000*. 2000, p. 3

La implementación del Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) en la Secretaría de Salud ha permitido recientemente, el acceso de la información y servicio en salud reproductiva y planificación familiar a la población residente en áreas rurales dispersas con difícil acceso geográfico. Por otra parte, las intervenciones del Programa Intersectorial en Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA) constituyen un apoyo valioso al Programa de Salud Reproductiva en población de alto índice de marginación.

1.2 Base legal de la planificación familiar

1.2.1 Fundamento jurídico: políticas de población y de salud

La Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4°.

Dice a la letra:

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

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

Ley General de Población, Capítulo I Artículo 3°, Fracciones II y IV.

Dice a la letra:

La nueva Ley General de población promulgada en 1974, así como el Reglamento correspondiente, dan sustento jurídico adicional a la calidad de vida y bienestar familiar en la población mexicana.

Explícitamente, la Ley General de Población garantiza el elemento de gratuidad en la información y servicios de planificación familiar que otorgan las instituciones del sector salud.

" Realizar programas de planeación familiar a través de los servicios educativos y de salud pública de que disponga el sector público y vigilar que dichos programas y los que realizan organismos privados se lleven acabo con absoluto respeto a los derechos fundamentales del hombre y preserven la dignidad de las familias...".

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

Dice a la letra:

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

Reglamento de la Ley General de Población, Capítulo II, Sección III, Artículo 25, Fracciones I, III y IV.

Dice a la letra:

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

Ley General de Salud, Capítulo VI, Artículo 67.

Dice a la letra:

La ley general de salud promulgada en 1984 y actualizada en 1997 considera a la planificación familiar como una estrategia substantiva en materia de salud, y promueve acciones de información, prestaciones de servicio e investigación.

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

Ley General de Salud, Capítulo VI, Artículo 88.

Dice a la letra:

"Los servicios de planificación familiar comprenden: La promoción del desarrollo de programas de comunicación educativa en materia de servicios de planificación familiar y educación sexual... apoyo y fomento de la investigación en materia de anticoncepción, infertilidad humana y biología de la reproducción humana."

El reglamento interno de la Secretaría de Salud, enmendado en 1997, incorpora a la planificación familiar como un componente del programa de salud reproductiva acorde con la Reforma del Sector Salud.

1.2.2 Fundamento Normativo: La Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar.

La Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar NOM 005-SSA2-1993, fue publicada en el Diario Oficial de la Federación por acuerdo del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud, el 30 de Mayo de 1994. Debe señalarse que este documento antecedió al consenso universal de salud reproductiva alcanzada en El Cairo en septiembre de ese mismo año. Esta norma, que incorpora los avances en tecnología anticonceptiva más reciente, disponible en el país; Introduce los conceptos más recientes en materia de consejería sobre métodos anticonceptivos.

Disposiciones y principios.

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

- ⊗ El derecho de toda la población a recibir información veraz y oportuna sobre anticoncepción y planificación familiar.
- ⊗ El acceso universal a los servicios de planificación familiar, en forma gratuita cuando sean otorgados por las instituciones del sector público.

- ⊖ El acceso a diferentes opciones, métodos y estrategias anticonceptivas las cuales deben ser proporcionadas con absoluto respeto a la dignidad de los individuos y de las parejas y del derecho a su libre decisión.
- ⊖ La provisión de métodos anticonceptivos temporales, reversibles que eviten embarazos.
- ⊖ Asegurar que se brinde información sobre los beneficios, mecanismos de acción, modo de empleo y posibles efectos secundarios de los métodos anticonceptivos temporales, para obtener el consentimiento informado de las y los usuarios.
- ⊖ Asegurar el acceso a métodos permanentes no reversibles.
- ⊖ Garantizar la información sobre los procedimientos anticonceptivos permanentes, acompañados de un proceso de orientación-consejería a través de comunicación interpersonal que asegure el consentimiento informado.
- ⊖ Garantizar el derecho de toda usuaria o usuario de métodos anticonceptivos a realizar cambios o interrumpir el uso de los mismos, de acuerdo a sus necesidades.
- ⊖ La prestación de servicios de planificación familiar deberá realizarse en un ámbito de privacidad, confiabilidad, confidencialidad, amabilidad y comodidad para la población usuaria.
- ⊖ Asegurar el acceso a la información y a métodos anticonceptivos post-evento obstétrico, incluyendo el postparto, trans y postcesárea, y postaborto. En este caso la orientación-consejería deberá iniciarse desde la atención prenatal, y no deberán usarse, métodos anticonceptivos que interfieran en la lactancia materna.
- ⊖ La información y prestación de servicios de planificación familiar deberá otorgarse considerando la diversidad cultural y étnica de la población.

- ⊖ Garantizar el acceso universal de información sobre salud sexual y reproductiva a la población adolescente tendiente a prevenir embarazos.
- ⊖ La información de los servicios de planificación familiar se otorgará con una clara perspectiva de género, asegurando la equidad e igualdad de oportunidades y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población.

1.2.2.1 La planificación familiar y los derechos sexuales y reproductivos

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

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

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

Los derechos reproductivos incluyen:

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

En colaboración con organizaciones no gubernamentales, grupos de mujeres y otras instituciones de la sociedad civil, las naciones deben elaborar una estrategia amplia que permita el acceso universal, en condiciones de igualdad, a los servicios de atención primaria de la salud incluida la salud sexual y reproductiva prestando especial atención a las niñas y a las mujeres sin distinción de sexo, edad, origen étnico religión, nivel socioeconómico y estado civil.

*Conferencia Internacional Sobre Población y Desarrollo, El Cairo, 1994;
Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 1995;
Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social, Copenhague. 1995.*

El Programa de salud reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000, México.

Dice a la letra:

El debido cumplimiento del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, constituye un reto formidable para todas las instituciones de los sectores públicos, sociales y privadas y nos compromete a redoblar esfuerzos, optimizar los recursos, desarrollar estrategias innovadoras y vigorizar las acciones de concentración para el logro de los objetivos. La salud reproductiva se consolida como un derecho de todos los mexicanos y un pilar de la dignidad humana.

La Alianza para la Igualdad, Programa Nacional de la Mujer 1995-2000, México.

Dice a la letra:

Las estrategias Propuestas en el Programa Nacional de la Mujer no sólo persiguen cambios de índole material si no también transformaciones en las actitudes, creencias, prácticas y conductas de hombres y mujeres, las cuales posibiliten el fortalecimiento de igualdad que, al preservar lo mejor de nuestros valores y tradiciones, sea también fuente de renovación permanente de relaciones sociales e interpersonales más equitativas e igualitarias.

El Programa Nacional de Población 1995-2000, México.**Dice a la letra:**

La política de población reconoce que *la mujer es agente clave del proceso de desarrollo* y desempeña un papel protagónico en el mismo. A su vez, pone de manifiesto que el mejoramiento de la condición social de la mujer y de su capacidad de decisión, autonomía y libertad personal, se expresa positivamente en todas las esferas de la vida, incluidos ámbitos tan diversos como la sexualidad, la reproducción y la conservación del medio ambiente y los recursos naturales.¹⁷

Los derechos de los usuarios de salud reproductiva

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

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

Acceso. Recibir atención y servicio de salud reproductiva con calidad.

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

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

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

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

¹⁷ SSA. *Planificación Familiar en el contexto de la Salud Reproductiva*, p. 40-41

Dignidad. Ser tratado con respeto, consideración y atención.

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

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

Garantizando los derechos reproductivos de la población

En el caso de transgresiones a los lineamientos jurídicos y normativos en la prestación de servicios médicos en general y de salud reproductiva y planificación familiar o violación a los derechos sexuales y reproductivos, los usuarios podrán inconformarse y presentar sus quejas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), o ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos.¹⁸

1.3. Factores sociales de la planificación familiar

En el momento histórico que vive México, el factor social ha registrado modificaciones determinantes para la salud de la población, mismas que condicionan también su comportamiento futuro. Aunado a este factor se encuentran los procesos de cambio demográfico y epidemiológico que conducen al envejecimiento de la población por un lado y por el otro a un cambio en la estructura de las causas de enfermedad y muerte¹⁹, presenta una sociedad cambiante en todos los aspectos lo que refleja la necesidad de salud de la población en general, sin embargo las mujeres y los hombres que se encuentran en edad fértil y con vida sexual activa ejercen su derecho reproductivo, generalmente sin estar informados de todo lo relativo a este, por lo que el embarazo en este grupo sigue siendo un reto muy importante.

¹⁸ SSA. *Planificación Familiar en el contexto de la Salud Reproductiva*, pág. 40-41

¹⁹ PODER EJECUTIVO FEDERAL. *Programa de Reforma del Sector Salud Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995- 2000*, 1995, México, pág. 26.

En el comportamiento reproductivo de la población influyen factores que se encuentran relacionados con sus experiencias, formas de vida, sentimientos, salud, economía, religión, valores, percepciones etc., y que vuelven compleja y algunas veces poco fácil el que hombres y mujeres tomen decisiones con respecto a su fecundidad y la anticoncepción.

Los individuos tienen sentimientos, actitudes y convicciones en materia sexual, cada persona experimenta la sexualidad de manera distinta porque está condicionada por una perspectiva que emana, tanto de las experiencias personales y privadas como de factores políticos y sociales.

No se puede comprender la sexualidad humana sin reconocer su índole pluridimensional. La sexualidad puede estudiarse desde distintas perspectivas, la biológica, la psicosocial, la clínica o la cultural, no obstante, debe tenerse presente que su estudio por todas estas facetas se centra en el conocimiento del individuo y de la naturaleza del ser humano.

De igual manera, la reflexión sobre fenómenos de la sexualidad humana, sobre su importancia como factor de cambio y transformación social, como vehículo de transmisión cultural, como agente de control social, como elemento susceptible de presión, permisión y represión en una sociedad, son razones indiscutibles que hacen necesario su conocimiento.²⁰

²⁰ CONAPO. <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/linea/sit2000/c02/c02-1.gif>

1.3.1 Aspecto Cultural

Cada sociedad humana posee su cultura propia, distinta en su integridad de cualquier otra sociedad, dicha cultura comprende aspectos fundamentales:

- Los que se refieren a la satisfacción de necesidades físicas del hombre (es decir todo lo material y la tecnología).
- Los que se refieren a las relaciones sociales (tiene una organización social: estructura política y educación; artes gráficas y plásticas: Folklore y música).
- Por último las manifestaciones espirituales (su sistema de creencias: control del poder).

El **lenguaje** como instrumento de comunicación ha jugado el papel más importante en la constitución de la herencia social humana; sin la transmisión fácil y exacta de ideas que hizo posible el lenguaje, la cultura nunca hubiera llegado a existir. El conocimiento que posee cada generación puede ser transmitida en su totalidad a la siguiente.

Todo lo que el hombre ha creado para satisfacer sus necesidades físicas no es parte de la cultura, sino resultado de ella. De entre las manifestaciones culturales poco fáciles de analizar de una manera lógica tenemos la "mitología" y la religión. La **mitología** se ocupa del relato llamado mito. La **religión**, es un sentimiento de dependencia hacia un Ser Superior y que se manifiesta a través de actos de la voluntad y el entendimiento.

La religión y el hombre se han mantenido inseparables desde los inicios de la humanidad y cumple con una **función teórica y otra práctica**, es decir consta de un conjunto de creencias y responde a preguntas sobre el origen del mundo, del hombre, tiene una Cosmología y Antropología propias. Por otra parte impone deberes y obligaciones a sus seguidores, que deben ajustarse a un ceremonial también propio y a través del cual cumple con una **función social**, ya que al formar parte de ella se siente solidario a un grupo, se identifica con él y afirma su propia seguridad.

Aparece también la magia y dentro de esta los "tabúes", las supersticiones y la adivinación todas estas se conservan muy arraigados en la sociedad en nuestros días.²¹

En todas las sociedades se encuentran ideas y creencias acerca del hombre y de la naturaleza, así como las relaciones que existen entre ambos.

Es evidente que la ideología constituye una parte fundamental de los sistemas socioculturales, ya que entre otras funciones, asegura la cohesión social; es precisamente que a través de la ideología que los miembros de la sociedad aceptan y desempeñan los roles económicos políticos etc., que les asigna el sistema.

Los antropólogos han prestado especial atención a una parte de la ideología de los pueblos que denominan "religión". La religión de una sociedad, la que se describe como un conjunto de rituales y un sistema de creencias (dioses, mitos y valores) cuyos componentes están igualmente integrados al nivel de las instituciones de culto.²²

Los valores y creencias son importantes porque son la base para comprender las actitudes, la motivación y el comportamiento de cada persona y nos permiten conocer y entender aquellas que tienen mayor incidencia para lograr un cambio en los individuos. La formación y origen de los valores y creencias podemos atribuirlo a factores como la cultura nacional y regional, el ejemplo de los padres, los maestros, amigos y otras influencias similares (incluso las que reciben a través de los medios de comunicación masiva), asimismo se van construyendo a través de las experiencias personales grandes o pequeñas, vividas o fantaseadas, que van integrando la historia individual.

²¹ COBOS GONZÁLEZ, RUBÉN. *Introducción a las Ciencias Sociales I Primera Parte*. Pág. 85-86, 89,100, 102,103 Editorial Porrúa, S.A. 1994 .

²² GRUPO EDITORIAL. OCÉANO. *Antropología Volumen 6. Enciclopedia Autodidáctica* Océano Pág. 1474, 1482.

La fuente primaria de donde provienen nuestros valores y creencias es el ambiente que nos rodea al nacer y todos los entornos en los que hemos vivido y nos hemos desarrollado, de manera muy especial en las etapas de afirmación del "yo", como en la primera infancia y la adolescencia.

Los valores han sido clasificados de diferente manera por filósofos y estudiosos del tema, no obstante las diversas taxonomías conservan ciertas similitudes: Cada persona hace su propia escala de valores, dependiendo de aquello a lo que da más importancia, esa escala no es definitiva, cambia según a lo que damos más importancia en determinada época de nuestra vida, y aún más, cambia cuando antepone un valor a otro, al tomar una decisión o emitir un comportamiento de un momento a otro.²³

²³ IMSS. COORDINACIÓN DE SALUD REPRODUCTIVA Y MATERNO INFANTIL. *Contenido de Apoyo para la Capacitación sobre Consejería en Salud Reproductiva*. 1999, Capítulo 8, p.10

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

ESCALA DE VALORES

MORALES: Bueno, malo, alegría, tristeza, aprobación y reprobación, verdad, justicia.	El cumplimiento del deber es por decisión racional y comprometida con el bien moral y la verdad.
SOCIALES: Solidaridad, comunicación, diálogo, conservación del entorno, respeto a los demás, cooperación, participación, el compromiso, responsabilidad, autonomía individual y colectiva, colaboración en el desarrollo social.	El servicio a lo demás, particularmente a lo más débiles, ignorantes o desposeídos.
AFECTIVOS: Amistad, confianza, la estima propia, y del trabajo humano, autoafirmación individual y colectiva, confrontación no violenta de los conflictos,	El arraigo a los lazos afectivos, ya sean estables o transitorios.
RELIGIOSOS: Divino, Santo, profano, fe, incredulidad, piedad, impiedad, paz.	Establecimiento de relaciones interpersonales entre el "yo" y Dios como finalidad de la vida.
TEÓRICOS: Verdad, error, evidente, probable, educación, Sensibilidad cultural, visión más amplia del mundo.	Voracidad intelectual y gusto por aprender.
ECONÓMICOS: Abundante, escaso, capaz, incapaz, dinero, lujo, ahorro, calidad.	Deseo constante de incrementar el poder adquisitivo y/o acumular o ahorrar.
UTILITARIOS: Útil, inútil.	Juzgar la bondad de los objetos, personas, hechos o situaciones, de acuerdo a su utilidad.
ESTÉTICOS: Bonito, feo, elegante, desaliñado, bello. Desarmonioso.	Tiempo y energía dedicados a la contemplación de lo bello.
SUPERVIVENCIALES: Sano, enfermo, fuerte, débil, juventud, vejez.	Lo urgente por encima de lo importante. Lo que es importante es la supervivencia cotidiana.
POLÍTICOS: Estatus, poder	La búsqueda del poder por sí mismo. Se piensa que quien tiene el poder consigue todo lo demás.
HEDONISTAS: Placer, dolor	El placer por el placer mismo. Lo otro es bueno en tanto sea deleitable o productor de placer o poder narcisista. Lo importante es lo placentero.

Fuente: IMSS. Contenido de Apoyo para la Capacitación sobre Consejería en Salud Reproductiva

La educación tradicional y la influencia de la Iglesia Católica han rodeado de prejuicios el sexo. Han contribuido así a generalizar una moral casi exclusivamente sexual, con toda la secuela de efectos perniciosos que vemos y sentimos las mujeres, puesto que a través de estas prohibiciones quienes ejercen el poder, como la Iglesia y los varones, nos han manipulado y sometido. Actualmente se ha dado una especial atención al control natal, sin embargo los preceptos religiosos se oponen a aceptar el sexo como fuente de placer, así como el uso de métodos anticonceptivos que no sean "naturales". Los modelos de identificación que tendemos a percibir como "naturales," porque desde la infancia nos familiarizamos con ellos, son fabricados por el sistema; es aceptado que las personas son, a la larga, lo que las instituciones y el entorno en que vivimos les permiten llegar a ser. El patrón conocido entre nosotros ha sido el del hombre como un ser superior y la mujer en posición de satisfacerlo y de servirlo, cualquiera que sea su relación de parentesco. El modelo ideal que nos han vendido es el de la mujer caracterizado como: Madre.- Casta.- Recatada.- Nutricia.- Hacendosa.²⁴

En nuestro país existe una gran discriminación de las niñas, problema que tiene sus raíces en la práctica de valores culturales y que no solo aumenta el menoscabo que desde la niñez sufre la mujer en sus condiciones de salud, sobre todo en la gran repercusión que esto tiene en los problemas de la procreación, sino también en general en la poca estima que la mujer tiene de su propio bienestar, a diferencia del compromiso con el que se constituye como procuradora de salud de la familia y muchas veces de su comunidad.²⁵

²⁴ LADI LONDOÑO, MARÍA, *La Sexualidad Femenina como Factor de Cambio Social*, en El problema es la norma, enfoques liberadores sobre sexualidad y humanismo, Cali, Colombia, 1989, ediciones Prensa Colombiana, Pág. 81- 101

²⁵ CONAPO. <http://www.conapo.gob.mx/publicacioneslinea/sit2000/c02/c02-1.gif>.

La Mujer y los Parámetros Socio - Políticos:

A lo largo de la historia han existido en algunos lugares y en determinados momentos sociedades regidas por mujeres, es decir, matriarcados; también han existido muchas mujeres que dentro de las sociedades patriarcales han vivido situaciones culturalmente propias de los hombres. Sin embargo solo desde hace algunos años las mujeres han empezado a reconsiderar colectivamente su situación. Las mujeres parecen hoy día buscar una identidad propia y distinta de la del hombre, lo cual no tiene por qué implicar la destrucción ni la debilitación de las relaciones hombre-mujer, sino que puede fortalecerlas al convertirlas en algo real, existente por sí mismo, sin ninguna motivación material, de seguridad o económica.²⁶

- **La mujer en la sociedad de consumo**

Se ha dicho que la publicidad convierte a la mujer en un objeto de consumo; sin embargo, la publicidad no hace más que reflejar una situación existente, la subordinación de la mujer al hombre y aprovecharla comercialmente. La mujer es utilizada como un objeto de consumo, un objeto decorativo, un objeto de placer, un objeto doméstico. Mientras tanto, la publicidad de nuestra sociedad de consumo sigue utilizando a la mujer en su faceta de compradora y en su faceta de objeto sexual, como reclamo para atraer la atención sobre un producto. Tenemos pues, que la sociedad de consumo se relaciona con la situación de la mujer de varios modos. Por una parte, existe la idea de que es la mujer la que primordialmente mantiene la sociedad de consumo. Por otra, existe la idea de que lo único que hacen los medios de difusión de la sociedad de consumo es sostener la situación sexista. Finalmente, y con bastante evidencia, la publicidad utiliza a la mujer como objeto embellecedor de la mercancía, en la actualidad existen muchos ejemplos de éste último aspecto.²⁷

²⁶ SALVAT, MANUEL, *Bibliografía Salvat de Grandes Temas*, México, DF., Salvat, 1985.

²⁷ R. L., TIMOTHY, HARVEY, PHILLIP D., *La Distribución Comercial de Anticonceptivos*, México, DF., Garnica, 1981.

- La mujer y la familia

La sociedad, declaradamente cristiana, no ponía en duda que hombre y mujeres, creados por Dios conjuntamente, lo habían sido a imagen y semejanza suya. Ni que la mujer fue creada como idónea compañera del hombre. En nuestros días, es común opinar que la familia es la institución central en el lavado del cerebro sexual, y actúa como una unidad estatal que gobierna a sus ciudadanos, a través de sus cabezas de familia.

El matrimonio actual parece fundamentarse en axiomas masculinos. Cualquier mujer no sirve para el matrimonio. Cualquier hombre sí, al hombre actual que posee, campos, ganados, casas y fábricas, sin embargo que no tienen la facultad de dar a luz, le es imprescindible poseer a sus hijos.

La mitología creada entorno a la mujer, la ha privado de un papel creativo en la sociedad. La familia, hoy por hoy, es el primer factor de represión. La mujer vive a través de su marido. Su marido y sus hijos constituyen su vida. Son el sustitutivo del trabajo y de su creatividad. De esto se deriva un afán de posesión sobre el marido y los hijos.

La familia hoy es una institución patriarcal que promueve el que la sociedad se rija a través de las cabezas de familia, reforzando el poder masculino y obligando a todos los demás miembros de la familia a apoyarse en su categoría económica y social.

En otros tiempos han existido matriarcados, es decir la línea de sucesión era femenina. Sin embargo, la ley y la costumbre siguen manteniendo estructuras familiares desfavorables a la mujer. Tal como nuestra sociedad la concibe, la familia constituye un obstáculo para la liberación de la mujer.²⁸

²⁸ ARMANDO ALEGRÍA, JUANA, "Mujer, Viento y Ventura", México, Diana, 1988.

- **El trabajo y la mujer de hoy**

En la sociedad industrial avanzada el trabajo de las mujeres es marginal a un nivel global. Sin embargo por el trabajo el hombre transforma las condiciones naturales y crea la sociedad.

Hasta que ocurra una revolución en la producción, la situación laboral determinará la situación de las mujeres dentro del mundo de los hombres. El trabajo doméstico todavía es enorme, si se computa en términos de labor productiva.²⁹

Actualmente la mujer de las clases sociales inferiores ejerce en pluriempleo, trabajando fuera del hogar y llevando a cabo todo el peso de las tareas domésticas. La consideración de la mujer como persona destinada a ser madre y esposa provoca de entrada una discriminación en la educación que posteriormente revierte en una menor capacidad para algunos puestos de trabajo y una discriminación psicológica que, a pesar de estar tan capacitada como un hombre, hace que se le considere inferior. Además, la consideración básica de madre y esposa le crea dificultades de empleo por el criterio de que si una mujer soltera ocupa un puesto de trabajo éste quedará vacante en cuanto aparezca un marido, o que si una mujer casada espera un hijo, se le van a tener que conceder demasiados días de permiso antes y después de un parto.

- **La mujer en la actualidad**

La mujer ha sido en nuestra historia, la depositaria de la nacionalidad, ha sido, además el elemento fundamental en una gran riqueza la libertad de hoy en día, no es igual para la mujer que para el hombre, así como tampoco lo son la democracia y la justicia. Si no hay la misma libertad y no hay el mismo acceso a los procesos y a los sistemas políticos, hay un problema de injusticia para con la mujer. Es en realidad donde todavía se observan resabios de una vieja cultura que impide que el principio político y la norma jurídica tengan plena validez.

²⁹ REVISTA TIME. *Council of Economic Advisers*. Julio de 1973

Es innegable que la mujer en la sociedad actual tiene desventajas frente al hombre en el acceso al mercado del trabajo, la posibilidad del ejercicio de su derecho al trabajo radica en distintos aspectos que aún no hemos sido capaces de resolver:

- Acceso igualitario a la educación y a la capacitación
- Derecho Igualitario a los servicios de salud.
- Acceso igualitario a la capacitación, promoción.
- Finalmente la conquista de prestaciones específicas de su condición de madre.

Esta claro que la incorporación de la mujer a todos los aspectos y procesos del desarrollo se da a través del ejercicio igualitario de tres derechos fundamentales:

- El derecho a la educación.
- El derecho al trabajo.
- El derecho a puestos políticos.

Por ejemplo en México; la Revolución Mexicana ha sido capaz de conservar el principio político de la igualdad entre la mujer y el varón, sin embargo, la realidad está lejana del principio político y de la norma jurídica. A pesar de los avances logrados, aún hay resistencias culturales, sociológicas, económicas y políticas, para llevar a la realidad plenamente el principio de la igualdad del varón y de la mujer.

La problemática de la mujer mexicana abarca los ámbitos más variados de los cuales hemos hecho mención a los más significativos en orden a su enorme preponderancia y trascendencia, y que por ello mismo, resultan ser de urgente conocimiento y análisis para cualquier intento posterior de aportar soluciones viables.

La mujer en el proceso histórico de México ha quedado incorporada a su dinámica, sin resolver las contradicciones evidentes en el campo del trabajo, la vida pública y la política, ámbitos que se le ofrecen sólo en algunas ocasiones, lo mismo que iguales derechos civiles y políticos, así como la misma oportunidad para educarse. Todo ello deja sin solución la presión específica del género, la que le es propia por ser mujer y que rebasa estas instancias.

La mujer trabaja fuera de casa, y debe hacerlo sin violar su supuesta naturaleza, que contradice con la ganancia, el afán de poder y la capacidad de competir, tiene derechos civiles y políticos, con el cuidado de no violar los sistemas patriarcales, aquéllos que han sido determinados por un sistema de privilegio masculino y que también a ella le han sido inculcados.

Es altamente significativo destacar que actualmente, en México, existen más de dos millones de hogares cuyo jefe de familia es una mujer. Es ella quien realiza no sólo la trascendental tarea de la educación de los hijos, sino es también la que tiene a su cargo el sostén económico del hogar. Esto implica, según las estadísticas del Colegio de México que más de 11 millones de habitantes viven en hogares encabezados por una mujer como jefe de familia. También, como un signo alentador, destaca la mayor participación de la mujer a nivel universitario, lo cual ha tenido como consecuencia una mayor presencia femenina en la dirección del país a través de su participación en los distintos poderes: Ejecutivo, Legislativo y Judicial.

Corresponde a todos, y especialmente a las mujeres un genuino cambio de actitudes y más aún de mentalidad que reconozca la importancia del papel de la mujer en nuestra sociedad mexicana, que necesariamente ha de ser fruto de la reflexión y del análisis de nuestro pasado y de nuestro presente aunado al trabajo eficaz e inteligente para enfrentar nuestro futuro.

Capacidad de elección de la mujer:

Una de las preguntas que muchas mujeres se han planteado alguna vez, es el momento de pensar sobre el puesto que se le ha permitido ocupar en el mundo, es: ¿acaso que la mujer nunca ha sido dueña de su cuerpo?. En esencia trata de una verdad incontestable que, de algún modo, está presente y a la vez diluida en la mente de todas las mujeres.

Pensemos en los innumerables derechos que el hombre se ha concedido a sí mismo: la patria potestad, el derecho de propiedad, el derecho de territorialidad tantos otros que sería largo enumerar.

Analicemos el primero de ellos: La Patria Potestad. Según las leyes romanas en algunos aspectos todavía rigen, el padre tenía plenos derechos de vida y muerte sobre los hijos, el derecho incluía la posibilidad de revocarlos, si era su voluntad. Lo que si llama la atención es que el padre podía disponer de los hijos gestados, paridos y amamantados por una mujer. Ella, no sólo no tenía ningún derecho sobre esa vida que era de su creación personal, sino que entraba a formar parte de los bienes de su marido.

No deja de impresionar a las mentes pensantes, el hecho de que la mujer haya permitido, a lo largo de tantos años de sometimiento, esta injusticia contra su persona. Esto se aclara si pensamos que, en realidad, las mujeres nunca se han permitido el derecho de ser dueña de su persona. De una definición tan simple se puede concluir que la mujer no posee dominio sobre él. La pregunta que surge enseguida es: ¿Quién ha determinado que, en el momento de la concepción, la mujer pierda todos sus derechos como ser humano para disponer de su propiedad más inalienable que es su propio cuerpo y su propia persona? Por lo tanto toda mujer tiene derecho de lograr la maternidad o renunciar a ella sea o no legal la situación, tendría que ver realmente que tan capaz es la mujer de llegar libremente a esa situación; y para ello habría que ver entonces, que tan sujeta esta y ha estado la mujer dentro del lugar que la sociedad le ha asignado, y que tanto esta consciente de ello, para que después más cabalmente y con conciencia pueda decidir realmente con libertad si desea o no tener un hijo.

La mujer debe saber que es mucho más que una máquina de hacer hijos, que su justificación como ser humano no se encuentra sólo en un papel de madre, el cual es digno más no es el único. Debe saber que tiene el derecho de elegir, ante todo, entre dos alternativas: tener hijos o no tenerlos y si elige la primera que le asiste pleno derecho de determinar cuantos hijos quiere tener y en que momento.

La maternidad no debe de ser nunca un fardo que la mujer reciba como inevitable resultado de una voluntad independiente a la suya. Si debe ser, en cambio una responsabilidad muy seria que, cuando se asuma, se lleve a cabo con plenitud y alegría como producto de una decisión libre. Al tener un control real de su fecundidad la mujer adquiere la posibilidad de criar hijos en vez de dejarlos crecer; de amarlos en vez de fabricarlos.³⁰

³⁰ <http://www.universidadabierta.edu.mx/Biblioteca/MacIn%20Martha-Aberto.htm> Universidad Abierta

1.4. Control de la natalidad

Actualmente existen diferentes métodos anticonceptivos para controlar la natalidad, para hombres y mujeres en edad fértil y con vida sexual activa. Nuestro país fortalece cada día la planificación familiar.

La planificación familiar: es el instrumento que garantiza el ejercicio del derecho de los mexicanos a decidir de manera libre, responsable y bien informada acerca del número y espaciamiento de sus hijos.

Objetivo de la planificación familiar:

Garantizar el acceso universal de la población a información, orientación y servicios de alta calidad sobre métodos anticonceptivos efectivos, seguros, aceptables y adecuados para las diversas fases de la vida reproductiva promoviendo la adopción de actitudes y prácticas de paternidad responsable.³¹

Objetivos globales de la planificación familiar

- Evitar embarazos no deseados.
- Regular los intervalos entre embarazos.
- Decidir el número de hijos en la familia.
- Regular el tiempo en que ocurren los nacimientos en relación con las edades de los padres.
- Facilitar los nacimientos deseados para mujeres con problemas de fecundidad.
- Evitar el embarazo cuando agravaría una enfermedad peligrosa presente.
- Brindar a las portadoras de enfermedades genéticas la opción o posibilidad de evitar un embarazo.

³¹ PODER EJECUTIVO FEDERAL. *Programa de Reforma del Sector Salud. Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995- 2000*", 1995, México, pág. 32

Cabe mencionar que dentro de la medicina familiar los métodos anticonceptivos más usados hoy en día se encuentran los siguientes:

Tipos de métodos contraceptivos:

- Métodos hormonales
- Dispositivo Intrauterino (DIU) o inhibidores de la concepción: son cuerpos extraños que se introducen en la cavidad uterina y se ha comprobado que estos cuerpos impiden la fecundación del óvulo.
- Métodos de barrera mecánica o métodos mecánicos: son objetos que se emplean con el mismo propósito, diafragma, condón, capuchón cervical.
- Métodos de barrera química o procedimientos químicos: son tabletas, jaleas, cremas, espumas, etc. que se utilizan con el propósito de evitar la fecundación.
- Métodos naturales abstinencia periódica o métodos fisiológicos: son los que se relacionan con el funcionamiento normal del organismo en tal forma que evitan la concepción.
- Esterilización quirúrgica femenina y/o masculina o practica quirúrgica: como su nombre lo dice, a través de la intervención quirúrgica directamente a los órganos reproductores.

Todos lo métodos plantean menores riesgos que el embarazo y el nacimiento. Una excepción es el empleo de la píldora por parte de mujeres fumadoras mayores de treinta y cinco años³²

Lo anterior con la única finalidad de mejorar la salud de la madre, sus hijos y su familia en general.³³

³² GRUPO EDITORIAL. OCEANO/CENTRUM. *Materno infantil* 1. Enciclopedia de la Enfermería. Volumen 4, pág. 557-558

³³ SSA. "Boletín de la Subsecretaría de Servicios de Salud", Dirección General de Planificación Familiar, 2ª Edición, México, DF, 1994.

CAPÍTULO II

ORIENTACIÓN-CONSEJERÍA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

2.1 Antecedentes

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia ha incluido a la planificación familiar entre las iniciativas básicas para reducir la mortalidad infantil, y el Programa de Maternidad Segura de la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluye a la planificación familiar entre las actividades que conducen a una reducción de la mortalidad materna.³⁴

El Programa de Salud Reproductiva, es una línea programática prioritaria durante la presente administración, desde esta perspectiva amplia sus servicios de planificación familiar. Una acción sustantiva que queda enmarcada dentro del nuevo contexto que la reforma propone para el Sector Salud³⁵, es la **orientación-consejería**.

La orientación-consejería constituye un aspecto importante de la labor de muchos profesionales de la salud. Por un lado proporcionan información y servicios, y por otro sirven de guía y apoyo al usuario que no necesariamente enfrenta problemas personales. En este tipo de orientación a corto plazo, el profesional emplea sus técnicas básicas de orientación para ayudar al usuario a tomar decisiones de planificación familiar. El grado y tipo de orientación que proporciona el proveedor de planificación familiar variará según el usuario. En años recientes algunos profesionales de la salud han comenzado a prestar más atención a lo que sus usuarios piensan sobre los servicios de planificación familiar, especialmente en lo que se refiere a la calidad de los mismos.

³⁴ <http://www.insp.mx/salud/34/341-2s.html>. *Avances recientes en anticoncepción y planificación*. Vol. 34 No. 1

³⁵ PODER EJECUTIVO FEDERAL. *Programa de Reforma del Sector Salud. Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995- 2000*, 1995, México, pág. 27- 31

La opinión del usuario suele denominarse "perspectiva del usuario". Adoptar la perspectiva del usuario significa comprender y respetar sus valores, actitudes necesidades y preferencias del usuario, lo que además de representar una obligación moral para los programas de planificación familiar constituye también un requisito. Si se adopta la perspectiva del usuario podrá conocerse si éste se encuentra satisfecho y asegurarse de que regresa en busca de servicios y recomienda el programa a los demás.³⁶

La ilusión natural de casi todo el mundo es tener hijos, ¿cuántos?, es una cuestión que se verá influida por múltiples factores como educación, cultura, religión, estilo de vida, aspiraciones vitales y las oportunidades. El costo y riesgo de la crianza de los hijos es un factor que induce a las parejas a tener familias menos numerosas, sin embargo, algunos si las desean. Es importante dar a las parejas el tipo de consejo e información que les permita tomar por si mismas decisiones prudentes; quien aconseja debe vencer sus propios prejuicios para dar una información imparcial y evitar moralizar, ello es difícil cuando hay diferencias de cultura o religión. Ahora bien, es importante tener en cuenta la participación de la pareja y tendremos que hacemos varias preguntas, ¿quién escoge el anticonceptivo?, ¿cómo se escoge?, ¿quién lo va a usar?, ¿cómo se va a usar?, ¿cuándo se va a usar?, ¿a quién puede afectar? o ¿cuáles son sus efectos?

Es cierto que con el auge de los anticonceptivos se ha podido separar el sexo de la reproducción. Claro está que el incremento del uso de los métodos anticonceptivos por parte de la pareja está trayendo cambios y modificaciones en la conducta sexual humana.³⁷

*** Las palabras orientación, consejería y orientación-consejería se utilizarán para señalar aspectos referentes al mismo tema.**

³⁶ POPULATION REPORTS. *La importancia de la orientación individual*. Programas de Planificación Familiar Serie I. Número 35, pág. 3,5

³⁷ http://www.infomed.sld.cu/revistas/mgi/vol17_4_01/mgi10401.htm Consideraciones sobre planificación familiar: métodos ...

2.1.1 Definición de consejería en planificación familiar

Definición:

La consejería en planificación familiar debe incluir un proceso de análisis y comunicación personal, entre los prestadores de servicio y los usuarios potenciales y activos, mediante el cual se brinde a los solicitantes de métodos anticonceptivos elementos para que puedan tomar decisiones voluntarias, conscientes e informadas acerca de su vida sexual y reproductiva, así como para efectuar la selección del método más adecuado a sus necesidades individuales asegurando el uso correcto y satisfactorio por el tiempo que desee la protección anticonceptiva.³⁸

2.1.2 Objetivo final de la consejería

El objetivo final de la consejería en planificación familiar es obtener del usuario una decisión consciente, libre y responsable frente a la elección o no de algún método anticonceptivo, proporcionándole el apoyo necesario para poner en práctica la opción elegida y el seguimiento de la misma.³⁹ Alrededor de este objetivo es importante tener en cuenta la siguiente consideración: la libertad de elección para establecer el tamaño de la familia, el período intergenésico, el acceso a la información y a los servicios de planificación familiar son considerados derechos humanos básicos en el Plan de Acción Mundial, en la Declaración de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas y han sido reformulados desde la Conferencia de Población de 1974 (Bucarest) y reafirmada en 1984 (México).

³⁸ SSA, *Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar*, pág. 20, 1994

³⁹ PLATA, María Isabel y YANUZOVA, María. *Los derechos humanos y la convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer* Pro familia - Servicio de Consultoría Jurídica Familiar. 1979

Partiendo de que la libre elección y la práctica de la planificación familiar implica la disponibilidad total de la información y de la prestación de los servicios sin coacción, se deben considerar siempre como básicos, los siguientes criterios de elegibilidad, propuestas por Mary Calderon: (**Enfermera Magister en Salud Pública. Profesora Facultad de Enfermería. Universidad de Antioquia*).

Se deben preservar los principios de autonomía, es decir, deben ser lo suficientemente flexibles para garantizar la libre elección del usuario.

1. Deben ser compatibles con la legislación vigente del país.
2. Deben ser democráticos, sin discriminación de orden socioeconómico, cultural, religioso, político o racial.
3. Deben ser aplicables a ambos sexos sin restricciones.
4. Deben tener en cuenta la disponibilidad de programas de información y el acceso a todos los métodos anticonceptivos.
5. Debe tenerse presente la existencia de eventuales presiones, coacción e incentivos que afecten la libre elección del usuario.⁴⁰

2.1.2.1 Objetivos específicos de la consejería

Es obvio, que si se cumplen los anteriores criterios, se cumplirán también los objetivos específicos de la consejería que son:

⁴⁰ Recomendaciones adoptadas por la Primera Reunión sobre Consejería en Servicios de Anticoncepción. Sao Paulo, 1985.

1. Asegurar que la elección sea voluntaria y sin presiones, considerando todas las variables posibles frente a la decisión a tomar.
2. Informar al usuario en forma completa, precisa e imparcial sobre todas las alternativas posibles y disponibles.
3. Disipar las dudas, temores e ideas erróneas y apoyar al usuario en la toma o confirmación de la decisión final.
4. Proporcionar la información logística de los programas de anticoncepción: citas, remisiones, requisitos, costos y horarios.
5. Disponer de un adecuado sistema de oferta de los métodos de planificación familiar.

2.1.3 Selección y prescripción de métodos anticonceptivos

Se debe efectuar:

- ✓ Interrogatorio.
- ✓ Examen físico en función de capacitación y recursos de los prestadores de servicios así como de los requerimientos de los métodos anticonceptivos.
- ✓ Valoración de riesgo reproductivo.
- ✓ Consejería que garantice selección informada de un método específico por el usuario.
- ✓ Señalamiento de la efectividad, duración de la protección anticonceptiva, efectos colaterales e indicaciones sobre el uso.
- ✓ Seguimiento de los usuarios de métodos anticonceptivos, para detectar oportunamente, embarazo, uso incorrecto del método y efectos colaterales.

- ✓ Referencia a otra unidad de salud, cuando no exista la posibilidad de proporcionar el método anticonceptivo seleccionado.

- ✓ Localización y promoción de la reincorporación de usuarios inasistentes al control periódico.

Cuando la mujer se encuentra en periodo de lactancia, se debe preferir métodos anticonceptivos no hormonales o bien, utilizar únicamente los que contienen sólo progestina.

Cuando, además de la prevención de embarazos no deseados, se desea evitar el contagio de ETS, incluyendo al SIDA, deberá usarse condón o preservativo, sólo o en asociación con otro método, ya que es el único método que contribuye a evitar dichas enfermedades.⁴¹

2.1.4 Componentes de la orientación-consejería en planificación familiar

La orientación sobre planificación familiar generalmente consta de 6 elementos o pasos. Cada letra de la palabra **ACCEDA** representa uno de esos elementos, una buena orientación no consiste en sólo esos elementos. Un buen consejero también comprende los sentimientos y necesidades del usuario, lo que le ayuda a adaptar la orientación a las necesidades de éste. No se requiere mucho tiempo para impartir una buena orientación. Se requiere, en cambio, respeto, interés por los problemas de cada usuario y a veces unos pocos minutos más de tiempo.⁴²

Se empleará la sigla **ACCEDA** como un reforzador para recordar los pasos esenciales de la consejería y como un principio de organización durante la realización de la misma.

⁴¹ SSA. *Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar*, pág. 20. 1994

⁴² POPULATION REPORTS. *Guía de orientación ACCEDA* <http://www.jhuccp.org/pr/prs/sj48edsum.shtml> , , Series J, ...

El significado de las siglas es el siguiente:⁴³

A C C E D A

- Atender al usuario
- Conversar con él o ella.
- Comunicarle cuáles son los métodos anticonceptivos.
- Elección de un método apropiado para él o ella.
- Describir cómo utiliza el método
- Actividades en la visita de seguimiento

Atender al usuario

Tan pronto como salude al usuario préstele toda su atención. Sea cortés; preséntese y ofrézcale asiento. Pregúntele en qué le puede ayudar. Dígale que usted no contará a nadie lo que él le diga.

En el consultorio explique en qué consiste la visita. Describa los exámenes físicos y análisis clínicos, si corresponde.

Imparta la orientación donde nadie más los pueda oír.

⁴³ IMSS. COORDINACIÓN DE SALUD REPRODUCTIVA Y MATERNO INFANTIL. *Contenido de Apoyo para la Capacitación sobre Consejería en Salud Reproductiva*. Tema 7, pág. 2-3 México, 1999

Conversar con el usuario

Converse con el usuario sobre sus necesidades, deseos o cualquier duda o preocupación que tenga. Anímelo a que haga preguntas sobre planificación familiar.

Si es nuevo usuario prepare una historia clínica. Use la lista de comprobación de datos y anote lo siguiente: edad, estado civil, número de embarazos, número de nacimientos, número de hijos vivos, uso de planificación familiar ahora y en el pasado, información media básica.

Explique que usted necesita esta información para ayudarlo a elegir el mejor método de planificación familiar. Haga las preguntas con sencillez y brevedad. Mírelo mientras le habla.

Mucha gente desconoce los nombres de las enfermedades o las condiciones médicas. Pregunte al usuario como se siente, mencionando cada parte del cuerpo, desde la cabeza hasta los pies. Esto le ayudará a recordar y a contar sus problemas.

Si es paciente subsecuente, pregúntele si no ha sufrido ningún cambio desde su última visita.

Comunicar al usuario cuáles son los métodos anticonceptivos

Todos los usuarios deben tener información sobre los métodos de planificación familiar disponibles. Cuánto necesiten saber dependerá de los métodos que le interesen y de lo que ya sepan de ellos.

Dígale al nuevo usuario con que métodos puede contar y donde puede obtenerlos.

Pregúntele cuál es el método que le interesa, qué sabe sobre los métodos que le interesan (para que usted descubra si el usuario esta bien o mal informado. Si es importante, corrija el error con amabilidad.)

Describa brevemente todos los métodos que el usuario quiera conocer. Háblele sobre: su descripción y efecto, ventajas y provechos, inconvenientes y efectos secundarios. Los usuarios deberán elegir el método que desean usar. El método deberá ser seguro para ellos y uno que puedan usar correctamente. Algunos métodos son especialmente buenos para ciertos usuarios. Otros métodos no son seguros para algunos usuarios.

Elección de un método apropiado para el usuario

Ayude a cada usuario a adaptar sus necesidades y preferencias particulares a un método de planificación familiar determinado. Escuchar y preguntar es muy importante en cada ocasión. Para ayudar al usuario usted deberá hablar con él y viceversa. Usted tiene información para darle. Él también tiene información que usted necesita para ayudarlo a él. Puede que a algunos usuarios les sea poco fácil expresarse. Usted puede ayudar escuchando activamente y preguntando eficazmente

¿Cómo se escucha activamente?

- ⊗ Reciba al usuario en un lugar privado y cómodo.
- ⊗ Acéptelo tal cual es. Trátele como persona individual.
- ⊗ Escuche lo que le dice y como se lo dice. Observe el tono de su voz, las palabras que usa, sus gestos y sus expresiones faciales.
- ⊗ Póngase en su lugar mientras él o ella habla.
- ⊗ Guarde silencio por momentos. Déle tiempo a reflexionar, hacer preguntas y hablar, siga el ritmo de la conversación de él.
- ⊗ Escúchelo con atención, en vez de estar pensando en lo que usted va a responder.
- ⊗ Repita de vez en cuando lo que usted ha oído. Así tanto usted como él usuario sabrán si usted ha comprendido.

- ⊖ Siéntese cómodamente, evite hacer movimientos que distraigan al usuario y mirelo directamente.

¿Cómo se pregunta eficazmente?

- ⊖ Use un tono de voz que muestre interés, atención y amabilidad.
- ⊖ Haga una sola pregunta a la vez. Espere la respuesta.
- ⊖ Haga preguntas que permitan que el usuario le informe sobre las necesidades de planificación familiar que tiene. Ejemplos: "¿Cuántos hijos desea?" "¿Qué piensa su cónyuge de la planificación familiar?"
- ⊖ Haga preguntas que no puedan contestarse con un "sí" o con un "no". Este tipo de preguntas anima al usuario a seguir hablando. Ejemplos: "¿Cómo puedo ayudarte?" "¿Qué ha oído decir de...?"
- ⊖ Use palabras como "¿entonces?" "¿y?" "¿ah sí?" Estas palabras animan al usuario a seguir conversando.
- ⊖ Evite contestar las preguntas con "¿porqué?" suena a veces como si se estuviera encontrando un defecto a una persona.
- ⊖ Haga la misma pregunta de diferentes maneras si usted cree que el usuario no ha comprendido.
- ⊖ Pregúntele si hay algún método que le gustaría usar. Algunos sí lo desean. Otros necesitan ayuda para reflexionar sobre sus opciones.
- ⊖ Para ayudar al usuario a decidir pregúntele sobre sus planes y la situación económica familiar. Si el usuario está inseguro del futuro, comience con el presente. "¿Cuál es la situación familiar actual que tiene?"
- ⊖ Pregúntele que desea su cónyuge "¿Qué método desearía usar cada uno de ellos?"
- ⊖ Pregunte si hay algo que no entiende. Repita la información de ser necesario.

- ⊖ Algunos métodos no son seguros para ciertas personas. Cuando un método no es seguro, dígaselo al usuario y explíquesele con claridad. Luego ayúdelo a escoger otro método.
- ⊖ Averigüe si el usuario ha tomado una decisión firme. Pregúntele específicamente "¿Qué método ha decidido usar?"

Describir cómo se usa el método

Después de que el usuario ha escogido algún método. Si corresponde proporcionele productos. Si no se le puede proporcionar el método en seguida, dígame cómo, cuándo y dónde se le proporcionará.

Para algunos métodos como la esterilización voluntaria, el usuario deberá firmar un formulario de consentimiento. En éste se declara que el usuario desea el método, ha recibido información al respecto y comprende la información. Ayúdele a comprender bien éste formulario.

Explique como se usa el método. Pida al usuario que le repita las instrucciones que ha recibido. Escuche para asegurarse que recuerda las instrucciones y las ha comprendido.

Describa todos los efectos secundarios posibles y las señales de peligro. Dígame claramente lo que debe hacer si estos ocurren. Pídale que repita la información.

De ser posible ofrézcale al usuario material impreso sobre el método para llevar a su casa. Dígame cuando debe regresar para la visita de seguimiento.

Indíqueme que regrese antes si lo desea o si se presentan efectos secundarios o señales de peligro

Acordar la visita de seguimiento**En la visita de seguimiento:**

- ⊗ Pregunte al usuario si todavía está usando el método. Si responde que sí, pregunte si ha surgido algún problema.
- ⊗ Pregunte si ha observado algún efecto secundario y menciónese uno por uno.
- ⊗ De ser así, pregunte cuan severos son. Tranquilícelo en el caso de efectos menores diciéndole que no son peligrosos. Indíquelo lo que puede hacer para calmarlos. Si los efectos secundarios son graves, refiérase para que reciba tratamiento.
- ⊗ Los usuarios tienen distintos motivos para realizar una visita de regreso. A veces desean más productos. A veces el objeto de la visita es el seguimiento. A veces plantean preguntas o problemas relacionados con el uso del método. En otras ocasiones desean un método nuevo. A veces desean interrumpir la planificación familiar.
- ⊗ El usuario que regresa es importante y merece su atención. Usted puede preguntar si el método elegido le agrada y puede ofrecer ayuda si el usuario tiene problemas.
- ⊗ Pregunte como está usando el método. Compruebe que lo está usando correctamente.
- ⊗ Averigüe si tiene alguna pregunta.
- ⊗ Si el usuario desea probar otro método:
 - Dígame de nuevo que hay otros métodos y ayúdele a elegir otro. Recuérdele que cambiar de método no es malo. Es normal. Nadie puede realmente decidirse por un método sin probarlo primero. También puede cambiar la situación de una persona y en ese caso, puede que otro método sea mejor.

- Si la usuaria desea tener un hijo ayúdela a dejar el método. Refiérala si hace falta para que pueda interrumpir el método. La atención prenatal es importante. Digale a donde ir para recibir atención prenatal cuando quede embarazada.⁴⁴

No todas las sesiones de orientación tienen que incluir estos pasos, aunque en ciertas sesiones quizás haya que repetir algunos de ellos. En todo caso la orientación se ajustará a las necesidades del usuario. El usuario asiduo en particular suele presentar necesidades distintas, aunque precisas, éstas deben satisfacerse con respuestas específicas. Puede suceder que un usuario decida cambiar de método. La decisión fundamentada de un usuario para cambiar de método no significa que la orientación haya fracasado, y no es motivo para disuadirlo. Puede que algunas personas decidan no usar ningún método de planificación familiar.

2.2 Orientación-consejería en la anticoncepción del DIU

Las actividades de planificación familiar no conducen automáticamente a mejoras en el bienestar de mujeres y niños, sin embargo los servicios de alta calidad y bien administrados sí producen ese efecto. La efectividad de la planificación familiar en la mejoría del bienestar individual depende de la forma en que el programa se diseña y se implementa. Si la intención es reducir la mortalidad materno-infantil, debe tenerse cuidado en incluir a mujeres con condiciones médicas cuya fuerte asociación con el riesgo de muerte durante el embarazo, el parto y el puerperio, o bien con el riesgo de tener un bebé con escasas posibilidades de sobrevivencia, crecimiento y desarrollo normales, sea bien conocida. La mejor oportunidad para identificar y llegar a las mujeres con un alto riesgo reproductivo es a través de la atención prenatal, en el parto y post-natal.

⁴⁴ POPULATION REPORTS, *Guía de Orientación individual* Serie 1. Número 36, pág. 12,14-15 Publicado en inglés. Traducido al español Serie 1 Número 35 Marzo 1989.

La atención prenatal, y aún más, los 40-60 días de visita post-parto parecen ser las ocasiones más apropiadas para discutir con las mujeres su futuro reproductivo y sus riesgos. Esta es una de las razones que favorecen la inclusión de la anticoncepción post-parto como parte de la atención continua a mujeres con alto riesgo reproductivo. La atención de un embarazo de alto riesgo será inadecuada si termina con el alta post-parto, sin una atención específica al futuro reproductivo de la mujer.⁴⁵

2.2.1 Orientación y selección de pacientes

Como en el caso de los anticonceptivos hormonales, los estudios epidemiológicos han encontrado que la única complicación seria durante el uso de un DIU, es la Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP), está asociada a este método sólo cuando otros factores de riesgo se encuentran presentes. En pocas palabras, no hay un incremento de riesgo de EIP con el uso del DIU entre mujeres que mantienen una relación sexual monógama.

Para aprovechar este conocimiento y proteger la salud de las usuarias, se requiere de una buena selección de pacientes y de una adecuada orientación. A ninguna mujer debe insertársele un DIU sin antes darle a conocer las incomodidades menores, el posible aumento del sangrado menstrual (o disminución, en el caso del Levonova), y las complicaciones más serias, como las EIP, que se presentan en caso de exposición a otros factores de riesgo.

A las mujeres que no están conscientes de estos problemas o que no están dispuestas a aceptar la inconveniencia y eventuales riesgos asociados al DIU, no se les debería insertar, sino que se les deben ofrecer métodos alternativos.

La orientación, una vez más, juega un papel fundamental para ayudar a las mujeres a seleccionar el DIU más apropiado para ellas, y para prepararlas para las incomodidades que pudieran presentarse durante y después de la inserción.

⁴⁵http://www.who.int/reproductive-health/publications/Spanish_HRP_FTT_96_1/Spanish_HRP_FTT_96_4.en.html
Diagnóstico cualitativo de la atención en salud reproductiva en ...

Es muy importante tener en mente que la orientación y la selección de la paciente juega un papel tan importante en el uso de un DIU como la calidad intrínseca del modelo y la técnica de inserción empleada.⁴⁶ La importancia de la orientación individual es vital en los Programas de Planificación Familiar, se refiere a la comunicación personal mediante la cual una persona ayuda a otra a tomar decisiones y a llevarlas a la práctica.

La conversación a solas con la enfermera puede ser el factor determinante para que una paciente decida emplear el DIU y aprenda a usarlo correctamente. Trata más bien de ayudar a la usuaria a considerar su situación personal, sus sentimientos y preocupaciones con respecto a la práctica de la planificación familiar.

La consejería en planificación familiar debe incluir un proceso de análisis y comunicación personal entre el prestador de servicios y la usuaria potencial y activa, mediante el cual se brinda a la solicitante del DIU, los elementos para que pueda tomar una decisión voluntaria, consciente e informada acerca de su vida sexual y reproductiva.⁴⁷

2.2.2. Participación del consejero en planificación familiar

Para realizar una labor eficaz, el consejero debe establecer un diálogo con el usuario potencial, así como observar, hacer preguntas relevantes y escuchar, así mismo debe estar bien informado sobre todos los métodos anticonceptivos existentes, aspectos básicos de sexualidad y reproducción humana, incluyendo los lineamientos para la identificación y manejo de casos de esterilidad e infertilidad, factores de riesgo reproductivo, elementos del entorno sociocultural y familiar y saber transmitir esta información en forma clara y accesible a los usuarios, para lo cual debe auxiliarse de material educativo adecuado.

⁴⁶ <http://www.insp.mx/salud/34/341-2s.html> . *Avances recientes en anticoncepción y planificación*. Vol. 34 No. 1

⁴⁷ POPULATION REPORTS. *La importancia de la orientación individual*. Programas de Planificación Familiar Serie I. Número 35, pág. 1,3

Debido a que el consejero y el usuario potencial establecen comunicación sobre cuestiones de índole personal, es importante que se preserve el carácter privado y confidencial de la consejería en planificación familiar, para que aliente al solicitante a expresarse con absoluta confianza y libertad.

El consejero debe imprimir carácter de respeto y privacidad en el trato al usuario, a través de su actitud y del interés mostrado al solicitante, procurando que exista un ambiente de mutua confianza, así como tomar en consideración los mitos, tabúes y creencias sobre los anticonceptivos y hacer las aclaraciones pertinentes con delicadeza y sensibilidad.

El consejero debe reconocer signos de cualesquier problema emocional u orgánico de importancia en el solicitante y hacer referencia en caso necesario.⁴⁸

2.2.3 Consideraciones con respecto a la consejería anticonceptiva del DIU

Al aconsejar a las pacientes en el post-evento obstétrico sobre el uso del DIU es necesario tener en cuenta los puntos siguientes:

1. La calidad de la consejería depende no solo de la competencia técnica del personal de enfermería sino también de la calidad de su interacción con la usuaria.
2. En vista de que las usuarias tienen diferentes necesidades y diferentes niveles de conocimiento y comprensión, el personal de enfermería deberá adaptarse de acuerdo a las características y necesidades de cada usuaria. Debe darse prioridad a cualquier problema particular que la usuaria desee discutir.
3. La consejería deberá ofrecer la información esencial y las discusiones que pudieran necesitar las usuarias, a fin de permitirles hacer una elección anticonceptiva adecuada y ayudarles a usar el método DIU en forma correcta y consistente. Siempre debe alentarse la discusión útil, sin recargar a la usuaria con excesiva información

⁴⁸ SSA. *Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar*. 1994, pág. 20-23.

4. Es necesario ganar la confianza de la usuaria fin de que se sienta suficientemente cómoda como para discutir sus necesidades. Sin embargo, es preciso respetar la privacidad de la usuaria en caso de que no deseen hablar de algún asunto particular.
 - El ambiente en el cuál se realiza la consejería debe asegurar la privacidad para permitir máxima confianza, comunicación y comprensión la usuaria.
 - Es importante evitar malentendidos o la omisión de importante información o instrucciones. Por tal razón, el personal de enfermería consejero deberá evaluar el grado de comprensión de la usuaria y, según convenga, proveer recordatorios en forma de información impresa, incluso dibujos que pudieran facilitar el recuerdo de detalles dados durante la consejería.

Los materiales audiovisuales tales como rotafolios y muestrarios de anticonceptivos resultan sumamente útiles durante la consejería.

- No debe esperarse que la usuaria aprenda todo en una sola sesión de consejería. La consejería siempre debe complementarse con otros medios de educación e información, tales como sesiones en grupo, folletos, videos, etc.
5. A las usuarias que requieren o solicitan asistencia para la selección de un método de anticoncepción deberá ofrecérseles información sobre las opciones adecuadas disponibles.
 6. La consejería sobre el método de anticoncepción DIU debe incluir la discusión de sus ventajas, sus desventajas, su eficiencia, la manera en que actúa, así como cualesquiera contraindicaciones médicas pertinentes y posibles efectos colaterales. Es necesario tener en cuenta que cada persona individual percibirá y evaluará las ventajas y las desventajas de diferente manera.

7. La persona encargada de ofrecer el consejo no debe imponer su opinión a la usuaria, si bien será necesario presentar las contraindicaciones médicas absolutas en forma clara y evaluarlas para establecer opciones adecuadas en cada caso. Las discusiones deberán desarrollarse de acuerdo al interés y la preferencia expresada de la usuaria y a la luz de las preguntas hechas por ella.
8. Con frecuencia, la usuaria ya habrá hecho su elección cuando acuden al lugar de la entrega de los servicios. En tal caso, el personal de enfermería consejero deberá concentrarse principalmente en considerar la conveniencia de ese método, junto con la discusión y/o mención de opciones apropiadas.
9. Una vez que la usuaria ha hecho o reconfirmado su elección, la consejería debe concentrarse principalmente en los servicios que debieran recibir en relación con el método de su elección, y en el uso correcto del método.
10. Donde sea adecuado, el consejo deberá incluir la discusión de las necesidades de la usuaria de protección contra las ETS. Hace falta informar a la usuaria que, si bien la mayoría de los métodos de barrera proveen cierta protección contra las ETS, únicamente los condones ofrecen protección comprobada contra la infección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).
11. Es necesario planear contactos de seguimiento convenientes con la usuaria y alentarles a dirigirse a los proveedores del servicio o consejeros en cualquier momento que necesiten discutir cualesquiera temores o problemas que puedan tener. Las visitas de seguimiento son buena oportunidad para continuar la educación y discutir otros asuntos de salud reproductiva que no se hayan tratado en la primera visita. También ofrecen la oportunidad de discutir opciones alternativas si la usuaria no está satisfecha con el método que esta usando.⁴⁹

⁴⁹ http://www.ippl.org/medical/imap/statements/esp/pd/1994_a.pdf *Declaración sobre consejería anticonceptiva ...*

La consejería debe proporcionar información, orientación y apoyo educativo a la usuaria para esclarecer las dudas que pudieran tener sobre el DIU en cuanto:

- ✓ Sus características.
- ✓ Efectividad anticonceptiva.
- ✓ Indicaciones.
- ✓ Contraindicaciones y precauciones.
- ✓ Forma de aplicación o inserción.
- ✓ Lineamientos generales para la prescripción.
- ✓ Duración de la protección anticonceptiva.
- ✓ Seguridad y efectos colaterales y conducta a seguir.
- ✓ Necesidad de seguimiento y evaluación y reforzamiento de la protección anticonceptiva.⁵⁰

2.2.4 Consejería en situaciones especiales

Los consejeros deben responder a las necesidades especiales de los usuarios tales como adolescentes, mujeres perimenopáusicas, mujeres postparto y postaborto, y mujeres con desórdenes médicos.

La consejería y los servicios anticonceptivos deben ponerse a fácil disposición de los **adolescentes**. Estas facilidades deben planearse y desarrollarse en tal forma que resulten atractivas para los adolescentes, asegurándose que no se sientan amenazadas o intimidadas de solicitar consejo o servicios anticonceptivos.

Al aconsejar a las **mujeres perimenopáusicas**, es importante tener en cuenta que, si bien su fertilidad está declinando y tal vez pudiera ser adecuado usar un método menos eficaz, un embarazo no deseado podría ser especialmente traumático para las mujeres en este grupo de edad.

⁵⁰ SSA. *Dispositivo Intrauterino*, 1999, pág. 59-60

El embarazo y el período post-parto ofrecen buena oportunidad para educar a las mujeres sobre la importancia del espaciamiento de los hijos, en materias como la nutrición materna, la lactancia y los métodos de anticoncepción. El consejo concierne a su fertilidad potencial ofrecido a las **mujeres lactantes** deberá basarse en la información local sobre las prácticas de lactancia y los riesgos de embarazo asociados.

Al discutir la necesidad de anticoncepción eficaz siempre deberá ponerse énfasis en la importancia de elegir un método que no afecte en forma adversa el éxito de la lactancia o la salud del infante. Es necesario advertir a las mujeres post-parto que no tienen intención de amamantar a su bebé que la fertilidad puede retomar a las cuatro semanas después del parto.⁵¹

La interrupción de un embarazo, como quiera que sea, es siempre el resultado de algún tipo de falla: ya sea de información y acceso a la regulación de la fertilidad, de una educación sexual inadecuada o de ineffectividad en un método anticonceptivo. En países donde el aborto es ilegal, éste se convierte en una causa de mortalidad y morbilidad materna muy importante, aún en países donde es legal se realizan un cierto número de abortos fuera del marco legal.

Consecuentemente, el período inmediato posterior a un aborto constituye la mejor oportunidad para orientar a las mujeres sobre los medios más apropiados para prevenir un aborto repetido. En este caso, será mejor recomendar un anticonceptivo de alta efectividad y alta continuidad en su utilización (para lo cual una buena orientación y continuidad en la atención son fundamentales), considerando la alta probabilidad de que una falla en esas circunstancias resultará en aborto.

Sin embargo, este énfasis en la efectividad no puede ser impuesto, sino solamente recomendado bajo todas las consideraciones descritas anteriormente. Información adecuada y orientación en el período anterior y posterior al aborto, así como el fácil acceso a servicios anticonceptivos de buena calidad después del aborto.

⁵¹ http://www.ippf.org/medical/inmap/statements/esp/pdf/1994_a.pdf Declaración sobre consejería anticonceptiva ...

El ideal sería que las pacientes dejaran el hospital con un método prescrito o, aún mejor, ya en uso. De nuevo, el inicio de uso antes del alta no debe ser interpretado en manera alguna como un signo de poco interés en proveer una asistencia continua apropiada, lo cual constituye un factor clave en el uso prolongado del mismo u otro método anticonceptivo.⁵²

Al aconsejar a las mujeres post-aborto sobre la anticoncepción, hace falta advertirles que puede ocurrir concepción dentro de un mes después de un aborto. Es necesario discutir el tema de los abortos repetidos y explicar por qué son indeseables, a fin de que las usuarias opten por la anticoncepción más bien que por otros abortos para la planificación familiar. Las adolescentes post-aborto necesitan cuidado y atención especial durante la consejería, sobre todo en lo que se refiere a su preocupación por la fertilidad en el futuro.

Al aconsejar a una mujer con desórdenes médicos, los proveedores de la atención de la salud y los servicios de planificación familiar deben tomar en consideración la motivación de la mujer y su capacidad de usar un método de anticoncepción y el efecto que un embarazo pudiera tener sobre el curso de su enfermedad. Su decisión anticonceptiva debe basarse en diferentes factores, incluso la seriedad del desorden médico, los riesgos para la salud asociados tanto con el embarazo como con las opciones anticonceptivas, el número de hijos vivos de la usuaria y las perspectivas concernientes a su salud futura. Puede encontrarse mayor información pertinente a la consejería en las diversas Declaraciones sobre diferentes métodos de anticoncepción o sobre anticoncepción en situaciones especiales.⁵³

⁵² <http://www.insp.mx/salud/34/341-2s.html>. *Avances recientes en anticoncepción y planificación*. Vol. 34 No. 1

⁵³ http://www.ippf.org/medical/imap/statements/esp/pd01994_a.pdf. *Declaración sobre consejería anticonceptiva ...*

2.2.5 El papel de la orientación individual en la elección y el consentimiento informado

Aplicación de la elección y el consentimiento informado

Cumplir con la elección y el consentimiento informado constituye una obligación moral y, en algunos países es una obligación legal. Redunda en provecho de los programas de planificación familiar y de los usuarios desde el punto de vista práctico.

La elección y el consentimiento informado son conceptos afines, cuya importancia para la planificación familiar se reconoce cada vez más. Exige que el usuario disponga de información específica, imparcial y objetiva sobre la variedad de métodos de planificación familiar. El tipo de orientación que sirva para facilitar esta información llevará a que haya un creciente número de usuarios satisfechos que practiquen la planificación familiar con mejores resultados

México ha establecido un fundamento normativo. Para salvaguardar los derechos de elección y consentimiento informado de las usuarias (os), la Secretaría de Salud los ha integrado en la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar dentro de sus disposiciones y principios y dentro de los derechos sexuales y reproductivos.

Básicamente, los derechos de elección y consentimiento le corresponden al usuario sin embargo al consejero le corresponde la obligación de ocuparse de que el usuario reciba plena información y exprese su consentimiento sin ninguna coerción.⁵⁴

⁵⁴ POPULATION REPORTS. *La importancia de la orientación individual*. Programas de Planificación Familiar

Conducta ética

Los principios éticos generales fundamentales que deben regir la conducta y proceder del trabajador de la salud, con igual fuerza moral y en armonioso equilibrio con respecto a la obtención de la elección y el consentimiento informado son tres:

1. Respeto a las personas
2. Búsqueda del bien y
3. Justicia

1. El respeto a las personas

Incorpora al menos dos consideraciones fundamentales:

- El respeto de la autonomía que exige que a quienes tienen la capacidad de considerar detenidamente el pro y el contra de sus decisiones, se le debe tratar con el debido respeto por su capacidad de autodeterminación.
- Y la protección de las personas con autonomía menoscabada o disminuida, reciban resguardo contra el daño o abuso.

2. La búsqueda del bien

Se refiere a la obligación ética de lograr los máximos beneficios y de reducir al mínimo el daño y la equivocación. Este principio da origen a la revisión de la infraestructura de los servicios.

3. El principio de la justicia

Se refiere a la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que es normalmente correcto y apropiado, de dar a cada persona lo que le corresponde.⁵⁵

⁵⁵ IMSS. COORDINACIÓN DE SALUD REPRODUCTIVA Y MATERNO-INFANTIL. *Contenido de Apoyo para la Capacitación sobre Consejería en Salud Reproductiva*, Tema 6, pág. 1, México, 1999.

En cumplimiento de la política institucional de mantener la calidad del Programa de Planificación Familiar, se presentan los puntos importantes para obtener la elección y el consentimiento informado, en apego al derecho del respeto a la libre y voluntaria aceptación de la metodología anticonceptiva de los usuarias (os).

2.2.5.1 Elección informada

Elección Informada: Es el derecho que tiene la usuaria (o) en el contexto de la planificación familiar de recibir información completa acerca de todos los métodos anticonceptivos y de hacer su elección libremente.⁵⁶

La elección informada es un concepto que se ha venido aplicando de modo singular a la planificación familiar y consta de cuatro requisitos fundamentales:

1. Información sobre una variedad de métodos de planificación familiar.
2. Información sobre las ventajas e inconvenientes de los métodos disponibles.
3. Medidas para asegurar al usuario que puede disponer realmente de una variedad de métodos, ya sea por medio del consejero o refiriéndose a una institución.
4. Información sobre el riesgo de no practicar la planificación familiar, en especial los riesgos que la procreación presenta para la salud, en comparación con los que encierra el uso de anticonceptivos.

La elección informada es de especial importancia para el usuario de planificación familiar dado que no intenta curarse de nada, y lo que desea más bien es evitar o postergar los embarazos.

⁵⁶ NT PLANIFICACIÓN. *La historia el consentimiento informado*, <http://www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/ntplanif.htm>

La variedad de métodos de planificación familiar disponibles comprende distintas ventajas e inconvenientes. Es menester que el usuario reciba información sobre los distintos métodos disponibles a fin de elegir el que le resulte más cómodo y le confiera mayor protección.

El consejero también deberá ofrecer el asesoramiento médico que convenga. De igual modo puede que el consejero deba considerar otros factores de riesgo para la salud como son el fumar y la susceptibilidad al virus del SIDA. No obstante, si un usuario desea realmente usar un determinado método, no importa cual sea el motivo para ello, el consejero no deberá tratar de disuadirlo, salvo en el caso de que existan claras contraindicaciones para su uso.

Los usuarios tienen derecho a la elección informada. Este es un principio básico de los programas y proveedores de planificación familiar. La elección informada es la decisión razonada del usuario basada en la comprensión correcta de toda la gama de opciones y sus posibles resultados. La orientación ayuda a los usuarios a elegir ellos mismos de manera informada.

La elección es del usuario. Los proveedores de atención de salud reproductiva suministran información correcta y útil y *ayudan* a los usuarios a aprovechar esta información de acuerdo con su situación. Los usuarios son quienes mejor conocen su vida y pueden tomar las decisiones que más les convienen. Los proveedores de atención no presionan a los usuarios para que se decidan por una cierta opción o para que usen un cierto método de planificación familiar.

Cada uno de los elementos de la orientación **ACCEDA** contribuye a la elección informada de los usuarios. Redacte un documento de *consentimiento* que aclare y asesore sin atemorizar, que ayude al usuario a tomar la decisión más correcta, la que más le convenga de acuerdo con sus creencias y valores. Recomiende y aconseje la mejor opción según su saber, **no la imponga.**⁵⁷

⁵⁷ POPULATION REPORTS. *Guía de orientación ACCEDA*, , Series J, ...
<http://www.jhuccp.org/pr/prs/sj48edsum.shtml>

2.2.5.2 Consentimiento Informado

Concepto

Consentimiento Informado: es la manifestación de la elección informada hecha por la usuaria(o) sobre un procedimiento específico a realizarle, mediante documento escrito.⁵⁸

Se refiere al derecho de la persona a decidir si se someterá o no a un tratamiento médico o quirúrgico sobre la base de un conocimiento cabal de los riesgos y ventajas que conllevan a las posibles alternativas.

Antecedentes históricos:

El consentimiento informado se originó en los años cincuenta, a medida de que iba reconociendo cada vez más el derecho del usuario a tomar decisiones sobre su propio tratamiento médico.⁵⁹

En la planificación familiar, el principio del consentimiento informado se aplicó en primera instancia a la esterilización voluntaria.

Si bien históricamente el concepto de consentimiento informado es más antiguo que el de la elección informada — en parte debido a que no solían existir muchos tratamientos médicos para elegir— hoy en día, en la práctica el usuario de planificación familiar deberá tomar una elección informada entre diversos métodos antes de dar su consentimiento informado al que luego elija.

⁵⁸ NITPLANIFICACION... *La historia del consentimiento informado*
<http://www.saludcolombiana.com/actual/htmlnormas/nitplanif.htm>

⁵⁹ POPULATION REPORTS. *Programas de Planificación Familiar*. Serie 1. Número 35, pág. 15-19

Derechos fundamentales

El consentimiento informado incluye dos derechos fundamentales del que recibe tratamiento médico:

- El derecho del individuo a decidir lo que se le hará o dejará de hacer a su cuerpo, en la forma de tratamiento médico o quirúrgico;
- El derecho del individuo a obtener información pertinente sobre un procedimiento médico o quirúrgico a fin de poder sopesar las alternativas antes de tomar una decisión.

En particular el individuo posee el derecho de saber y comprender los riesgos involucrados, así como las posibles consecuencias de someterse o no a un tratamiento.

Validez

A los efectos de que el consentimiento informado tenga validez, la persona deberá:

1. Disponer de una información suficiente.
2. Encontrarse libre para decidir de acuerdo a sus propios valores.
3. Ser competente para tomar la decisión.
4. Comprender adecuadamente a que está consintiendo.
5. Ser capaz de expresar su consentimiento voluntariamente

* Los niños y los deficientes mentales no están considerados legalmente capaces de expresar su consentimiento.⁶⁰

⁶⁰ NITPLANIFICACION... La historia del consentimiento informado
<http://www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/ntplanif.htm>

El consentimiento informado deberá quedar asentado en el expediente clínico o tarjeta de servicios, deberá acompañarse siempre de la firma o impresión dactilar de la ó del aceptante en los formatos institucionales. Es fundamental asegurar la plena convicción de los usuarios al tomar la decisión, lo que evitará reconsideraciones tardías o problemas asociados.

Requisitos

El consentimiento informado deberá ser de forma:

- ⇒ **Voluntaria:** Que haya llegado a una decisión sin que se le haya sometido a coerción, manipulación e influencia indebida.
- ⇒ **Informada:** En toda la amplitud que sea necesaria para tomar la decisión, habiendo corroborado que le haya entendido, comprendido, con el tiempo para estudiarla.
- ⇒ **Responsable:** Por la concientización de ser el principal guardián de su salud.⁶¹

Por lo tanto el consentimiento informado solo se logra como resultado del proceso de diálogo y de colaboración en el que se deben tener en cuenta los anteriores puntos.

De esta manera, es evidente que el consentimiento informado no puede reducirse a la recitación mecánica de los hechos estadísticos, ni a la firma de un formulario de autorización.⁶²

El consejero deberá asesorar al usuario en el idioma de éste, sobre la intervención riesgos, incomodidades y ventajas, condición de método irreversible y propósito, otros métodos de planificación y la opción de revocar su consentimiento hasta el momento de someterse a la intervención.

⁶¹ IMSS. *Contenido de Apoyo para la capacitación sobre Consejería en Salud Reproductiva* Tema 6. Pág. 1

⁶² **NTPLANIFICACION...** *La historia del consentimiento informado*
<http://www.saludcolombia.com/actual/html/normas/ntplanif.htm>

Los programas deberán guardar el consentimiento firmado durante un plazo mínimo de tres años después de realizarse la intervención.

A fin de que el usuario entienda perfectamente a que está consintiendo, el consejero le explicará en que consiste la intervención y, sobre todo, los riesgos y consecuencias, luego el consejero podrá firmar un formulario en el que hará constar que la persona ha sido informada.

El usuario deberá expresar su consentimiento sin ninguna presión o coerción y firmará también el formulario para certificar que ha recibido la información pertinente, la comprende en su totalidad y consiente voluntariamente a la intervención.

En su mayoría, los programas exigen que el usuario firme un formulario de consentimiento. Incluso los analfabetas firmarán con un signo, antes de someterse a la intervención.

Así mismo, casi todos los organismos reguladores de fármacos y las instituciones donantes exigen el consentimiento informado en todo ensayo clínico de nuevos métodos anticonceptivos.⁶³

2.2.6 Proceso para la obtención del consentimiento informado en planificación familiar

Las actividades para la obtención del consentimiento informado se encuentran dentro del proceso de educación para la salud reproductiva y su aplicación forma parte de las acciones que ya se vienen realizando.

⁶³ POPULATION REPORTS. *Programas de Planificación Familiar*, pág. 15-19

Concepto: Es la toma de decisiones voluntaria, suficientemente informada, responsable y bien orientada, por parte de la usuaria sobre la adopción de un método anticonceptivo.

En el caso del DIU, para que se le realice la inserción del dispositivo intrauterino con pleno conocimiento y comprensión de la información pertinente y sin presiones.

Objetivo de la obtención: Salvaguardar el derecho de la población a tomar una decisión voluntaria e informada sobre la adopción de un método anticonceptivo.

Componentes:

Beneficios de usar un método anticonceptivo.

A través de este componente se busca que el prestador de servicios informe a la población sobre las oportunidades que tiene de postergar, espaciar o limitar con oportunidad su fecundidad.

Gama de métodos anticonceptivos disponibles en la institución.

Este componente pretende que la o el solicitante conozca las diferentes opciones anticonceptivas, identifique el carácter de temporalidad de los métodos y pueda elegir con base en su expectativa personal, reproductiva y su condición de salud, el método que responda a sus necesidades.

Riesgos y ventajas de los métodos anticonceptivos.

El fin que se persigue a través de este componente es, que la población comprenda del método elegido su:

Eficacia: entendida como la posibilidad de falla que puede tener, tanto los métodos temporales como los definitivos.

Temporalidad: que los métodos definitivos evitarán que la o el aceptante tengan más hijos y la diferencia que existe con los métodos temporales.

Riesgos: que los métodos definitivos implican procedimiento quirúrgico que conlleva ciertos riesgos no atribuibles al método, sino a la intervención quirúrgica o al procedimiento anestésico.

Efectos secundarios: como las posibles molestias o efectos no deseados, resultantes del uso, así como la conveniencia de acudir a consulta médica.

Modo de uso y seguimiento: la importancia del uso correcto de los anticonceptivos hormonales orales e inyectables, así como acudir a consulta médica.

Responsabilidad compartida: Bajo este componente se persigue que el prestador de servicios comprenda que su responsabilidad es proporcionar a través de la comunicación interpersonal, información clara, precisa, veraz y oportuna, sobre la metodología anticonceptiva.

Garantizando la absoluta comprensión de la o el demandante y la o el solicitante comprenda que tiene derecho a recibir de manera clara, precisa y veraz, toda la información requerida y que asume la responsabilidad de aceptar un método comprendiendo y aceptando todos y cada uno de los puntos que contiene el documento que firma.

Opción de desistir a la aceptación del método anticonceptivo.

Tiene como propósito ratificar que la decisión de la o el usuario de no aceptar un método o de cambiar de opinión, ha sido tomada con suficiente información y se respetará su voluntad de cambiar en cualquier momento antes del procedimiento.

Procedimiento para la obtención del consentimiento informado:

Este procedimiento está constituido por tres etapas.

1. Diagnóstico y motivación
2. Aceptación/ No-aceptación
3. Adopción del método anticonceptivo⁶⁴

⁶⁴ IMSS. *Contenido de Apoyo para la capacitación sobre Consejería en Salud Reproductiva*. Tema 6, pág. 1

CAPÍTULO III

DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)

3.1 Generalidades:

La aparición del DIU, dio lugar a muchas discusiones y controversias. Por un lado, los más conservadores pensaban que suponía el final de la moral y el orden en el mundo; todo ello naturalmente mezclado con creencias y costumbres religiosas profundamente arraigadas. Por otro lado, los más modernos y progresistas, sobre todo la juventud, veían en el DIU el final de siglos de represión y marginación de la mujer siempre atada a los hijos y al hogar. Hoy día, estas controversias han perdido actualidad. Lo vemos como algo normal y no somos conscientes de este pasado tan polémico relativamente reciente.

De lo que no hay duda, es que el DIU revolucionó el mundo, cambiando, al menos en las naciones más industrializadas, el comportamiento sexual de las personas. Por primera vez el sexo y el tener hijos se disociaron. Colaboró a una transformación social profunda donde la mujer, esta vez dotada de una mayor libertad sexual, iba a comenzar su camino hacia la consecución de un papel distinto en la sociedad. Introdujo las bases para la liberación de la mujer en otros muchos sentidos. Decenas de millones de mujeres han confiado en este sistema por ser el método reversible más eficaz para evitar el embarazo, siempre que se use correctamente.

El DIU de hoy es muy diferente del la que se utilizaba en décadas anteriores, pues los avances científicos que se han conseguido, en beneficio de la salud de la mujer y de su calidad de vida, son numerosos.

Dentro del Programa de Planificación Familiar se consideró de manera incuestionable, la necesidad de establecer un subprograma de anticoncepción dirigido a la población que se someta a una intervención obstétrica (parto, aborto, cesárea), que redunde en una mayor eficacia para la consecución de metas dirigidas a ampliar la cobertura anticonceptiva.

El Dispositivo Intrauterino (DIU), constituye uno de los métodos reguladores de la fertilidad más comúnmente empleados, esto en gran medida se debe a que es uno de los métodos temporales más eficaces, seguros y de gran aceptabilidad, ya que reúne ventajas que no poseen otros métodos temporales, como son los pocos efectos colaterales que ocasiona al organismo, que no interfieren con la lactancia e implican un número menor de consultas subsiguientes para el control de la usuaria, lo cual coadyuva a la continuidad de su uso.⁶⁵

Por sus características se considera de tipo mecánico. Una vez insertado deben quedar dos pequeños hilos – guía que salen del cuello uterino hacia la vagina para servir como referencia de que el DIU se encuentra en su lugar.⁶⁶

3.1.1 Concepto

Los dispositivos intrauterinos son artefactos que se colocan dentro de la cavidad uterina con fines anticonceptivos de carácter temporal.

3.1.2 Antecedentes

El uso del dispositivo intrauterino como método anticonceptivo en el humano, se inició en 1909 con la participación de R. Richter en Alemania, quien diseñó un dispositivo en forma de anillo hecho a base de Crín de Florencia. E. Graefenberg y posteriormente T. Otta, en Japón, realizaron modificaciones agregándole plata y oro en su composición, pero no fue sino hasta la utilización de los antibióticos y el desarrollo del poliestireno cuando el método fue ampliamente aceptado.

Margulies y J. Lippes, casi simultáneamente crearon el DIU de plástico en forma de espiral, el cual aún es utilizado por muchas mujeres en varios países del mundo.

⁶⁵ SSA. Dispositivo Intrauterino, pág. 7

⁶⁶ SSA. Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar, pág. 44. 1994

A partir de 1970, con base en constantes investigaciones, surge la llamada "segunda generación del de DIUs" o "dispositivos medicados", en los cuales al plástico se le agregaron otras sustancias diversas como son los metales y hormonas; de esta forma se crea la "T" y el "7" de cobre. La "T" de cobre ha encontrado sitio importante dentro del Programa Nacional de Planificación Familiar.⁶⁷

Durante las dos últimas décadas, la evolución de los dispositivos en cuanto a constitución, forma y tamaño ha sido rápida. En la actualidad podemos considerar que existen dos tipos diferentes: los que únicamente están constituidos a base de plástico, a los cuales se les denomina "inertes" o no "medicados" (actualmente en desuso), y aquéllos a los que se les agregan otras sustancias como son el cobre o la progesterona denominados "bioactivos o medicados".

3.1.3 Descripción:

Los dispositivos intrauterinos disponibles consisten en un cuerpo semejante a una "T" de polietileno flexible y contiene un principio activo o coadyuvante de cobre ó de cobre y plata, y tiene además hilos- guía para la localización y extracción.

3.1.4 Duración de la Protección Anticonceptiva

La protección anticonceptiva que brindan los dispositivos varía de acuerdo con el principio activo o coadyuvante que contengan. La duración de la efectividad anticonceptiva de los dispositivos TCU 380 y TCU 220 C es de seis a ocho años y para los Multiload 375 y 250 es de cinco y tres años respectivamente.

Al término del período de efectividad del DIU, si las usuarias requieren aún este tipo de método, debe reemplazarse por otro en forma inmediata a la remoción.

⁶⁷ SSA. *Manual de Anticoncepción para el personal de salud*, pág. 340

3.1.5 Efectividad anticonceptiva:

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 98-99%.⁶⁸

3.2 Mecanismo de acción:

A pesar de que el DIU ha sido utilizado durante más de treinta años aún se desconocen los mecanismos exactos por los cuales evita el embarazo; sin embargo, existen varias teorías.

Su principal acción se sitúa en el endometrio donde provoca una respuesta inflamatoria contra un cuerpo extraño; después de la inserción del DIU aparecen en el endometrio leucocitos (glóbulos blancos) y otras células, las cuales pueden ser que destruyan al espermatozoide. Otra teoría sostiene que debido a esta misma reacción inflamatoria, se retardan los cambios cíclicos normales del endometrio volviéndose inadecuado para la implantación del huevo. Se ha observado que el cobre que posee el DIU medicado puede aumentar la reacción inflamatoria y acentuar las contracciones de la capa muscular del útero y los iones de cobre liberados producen parálisis enzimáticas en los espermatozoides.

3.3 Modo de empleo

La inserción adecuada del DIU es uno de los factores principales que determinan el éxito posterior del método, por lo tanto, debe ser realizada por una persona debidamente entrenada en ello.

Para su inserción, el DIU cuenta con un tubo aplicador especial y debe ser colocado lo más alto posible dentro de la cavidad uterina para lograr una mayor protección contra el embarazo.

⁶⁸ SSA. Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar, pág. 44. 1994

3.3.1 Momento de la inserción

La inserción del DIU se deberá efectuar cuando la aceptante se encuentre en algunas de las siguientes situaciones:

- Período intergenésico.
- Post-parto (post-placenta, prealta).
- Post-cesárea.
- Post-aborto no complicado.
- Puerperio tardío entre 4 y 6 semanas.
- Post-cesárea, post-aborto, post-parto.

3.3.2 Indicaciones

La colocación del DIU está indicada:

- En útero anatómicamente normal.
- En toda mujer que desee espaciar sus embarazos incluyendo adolescentes.
- En aquellas mujeres que tienen contraindicaciones para utilizar otro método anticonceptivo.
- Durante la lactancia y cuando exista intolerancia a los anticonceptivos hormonales.⁶⁹

3.3.3 Contraindicaciones

Este método se contraindica ante alguna de las siguientes situaciones:

- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Útero con histerometría menor de 8 cm.
- Patología que deforme la cavidad uterina.
- Carcinoma del cérvico o cuerpo uterino.
- Enfermedad pélvica inflamatoria activa (EPI).
- Presencia de Corioamnioitis.

⁶⁹ SSA. *Manual de Anticoncepción para el personal de salud*, pág. 342

3.3.4 Precauciones

- Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada.
- Infecciones del tracto genital.
- Hiperplasia endometrial.
- Anemia y padecimientos hemorrágicos.
- Dismenorrea severa.
- Antecedentes de Enfermedad Pélvica Inflamatoria (E I P Ó E P I).
- Antecedentes de Embarazo Ectópico.
- Ruptura Prematura de Membranas (R.P.M.)
- Trabajo de Parto Prolongado.

3.3.5 Ventajas

- Es método efectivo para las mujeres que desean espaciar sus embarazos.
- No afecta la fertilidad posterior a su extracción.
- No afecta la lactancia.
- No interfiere la relación sexual.
- Su efecto anticonceptivo es de largo plazo.
- Es de fácil colocación por personal previamente adiestrado.
- Cada revisión es una oportunidad para controles ginecológicos en caso de ser necesarios.

3.3.6 Desventajas

Entre las desventajas que tiene el uso del DIU se encuentran:

- No protege contra Enfermedades de Transmisión Sexual.
- Las necesidades de personal capacitado y condiciones adecuadas para su aplicación.
- Necesidad de control médico periódico a su aplicación.
- No es útil en mujeres con parejas sexuales múltiples.

3.3.7 Efectos colaterales

Algunos efectos que se presentan posteriores a la aplicación del DIU, pueden causar molestias principalmente durante los primeros tres meses, en ocasiones su severidad puede hacer necesario el retiro del dispositivo.

Los más comunes son.

- Alteraciones menstruales con aumento en la cantidad y tiempo del sangrado.
- Dolor pélvico durante el período menstrual, generalmente limitados a los primeros meses posteriores a la administración y son de tipo transitorio.

3.3.8 Complicaciones

Una complicación inmediata que se puede presentar como accidente durante la inserción del DIU, es la **perforación uterina**, en este caso la usuaria deberá ser referida de inmediato a una unidad hospitalaria para su atención.

3.3.9 Recomendaciones

Es importante, proporcionar información y orientación a la paciente acerca de los beneficios y efectos que puede causarle el DIU como método anticonceptivo, orientarla acerca de los cuidados posteriores que se deben llevar para lograr una máxima efectividad.⁷⁰

⁷⁰ SSA. *Manual de Anticoncepción para el personal de salud*, pág. 340

CAPÍTULO IV

INTERVENCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA ORIENTACIÓN CONSEJERÍA ACERCA DEL DIU

4.1 Antecedentes

En 1977, la Organización Mundial de la Salud (OMS) formuló una ambiciosa estrategia, la política *"Salud para todos en el año 2000"*, cuyo objetivo esencial era asegurar que, al alcanzar tal fecha, todos los habitantes del planeta tuvieran un nivel de salud que les permitiera desarrollar una vida social y económicamente activa. Esta estrategia consistía en el desarrollo de actividades concretas y la monitorización de los progresos realizados. En este proceso los estados miembros podían elegir su propio camino y su forma de medir la consecución de estos objetivos.⁷¹

La capacitación en salud reproductiva dentro del programa de salud integral de la mujer, ha recibido mucha atención en los últimos años. La salud reproductiva ya ha sido incorporada al currículo de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia a un nivel de licenciatura. Para mejorar la calidad de atención de las usuarias.

Actualmente, el programa de atención a la mujer da énfasis al concepto de salud reproductiva y ha incorporado la consejería en planificación familiar. Algunas enfermeras ofrecen consejería en toda la gama de métodos existentes y otras sólo ofrecen métodos naturales.⁷²

A partir de 1985, los profesionales de enfermería comenzamos a aparecer como parte de un equipo de salud que atiende al usuario realizando una serie de actividades englobadas en un rol interdependiente; así mismo hay que ser conscientes de que los cambios y la adquisición de una metodología propia para adquirir un rol autónomo necesitan tiempo.

⁷¹ JUNTA DE ANDALUCÍA. *Consejería de Salud. "Guía de Consulta de Enfermería en Atención Primaria de Salud"*. Distrito Sanitario de Atención Primaria. Sevilla, pág. 10.

⁷² http://www.who.int/reproductive-ih/publications/Spanish_HRP_ITT_96_1/Spanish_HRP_ITT_96_4.en.html
Diagnóstico cualitativo de la atención en salud reproductiva en ...

La **actividad enfermera** ha tenido fundamentalmente una dedicación de enfermeras a las consultas dirigidas a actividades preventivas y de promoción de la salud: la planificación familiar.

De esta manera se pretende recuperar el rol cuidador-educativo de las enfermeras sobre un colectivo que demanda fundamentalmente cuidados de salud: los pacientes en edad fértil con vida sexual activa con riesgo de embarazo.⁷³

El rol del personal de enfermería dentro de los Programas de Planificación Familiar de la Secretaría de Salud, se ha venido fortaleciendo tanto en las áreas urbanas como rurales, a través de la integración de este recurso de salud al equipo de planificación familiar (médico y trabajador social) en los servicios de consulta externa, post-parto, post-aborto, métodos quirúrgicos, comunitario rural y áreas marginadas urbanas.

4.2 El perfil del personal de enfermería que proporciona consejería.

- Conocimientos de procedimientos médicos básicos.
- Conocimientos de métodos anticonceptivos.
- Habilidad para hacer cálculos matemáticos.

Actitudes y cualidades personales:

- **Una actitud positiva** y respetuosa hacia los usuarios.
- **Habilidad para tratar** temas sensitivos de una manera profesional y amable.⁷⁴

⁷³ JUNTA DE ANDALUCÍA. *Consejería de Salud. "Guía de Consulta de Enfermería en Atención Primaria de Salud"*. Distrito Sanitario de Atención Primaria. Sevilla, pág. 10.

⁷⁴ http://erc.msh.org/fpmh_spanish/chp4/Ineta_1.html Selección y orientación de personal...

- **Empatía:** Entendemos ésta como la capacidad del entrevistador para comprender los pensamientos y emociones del usuario y darle a entender al mismo esta comprensión (ponemos en el lugar del otro).
- **Calidez:** Entendiendo esta como la proximidad afectiva entre el usuario y el entrevistador.
- **Concreción:** Entendiendo por tal, la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos y compartidos de la entrevista, logrando que esta se desarrolle en términos comprensibles para ambos y de forma bidireccional.
- **Respeto:** Entendiéndolo como la capacidad del entrevistador para transmitir al usuario que su problema le atañe, y que se preocupa por él preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos.
- **Trato humanizado:** valor más humano. Actitud comprensiva y cortes.
- **Asertividad:** Definida como el desempeño pleno y con seguridad de los deberes y derechos concernientes a un determinado papel (rol) social.
 - Un alto grado de Asertividad es una condición imprescindible para un buen consejero. Es necesaria para elaborar la información.
 - El usuario acepta mejor nuestra imprecisión que nuestra falta de asertividad.
 - El personal de enfermería puede ser tímido en su vida privada, sin embargo debe ser asertivo en el desempeño de sus actividades asistenciales.
 - La Asertividad es una condición necesaria para preservar nuestro equilibrio personal y profesional.⁷⁵

Todas estas cualidades de enfermería permiten que la gente acepte los servicios formales de salud.

⁷⁵ JUNTA DE ANDALUCÍA. *Consejería de Salud. "Guía de Consulta de Enfermería en Atención Primaria de Salud"*. Distrito Sanitario de Atención Primaria. Sevilla, pág. 53-54-55

Responsabilidades del trabajo:

- Entrevista a los pacientes antes que los médicos.
- Elabora la historia clínica de los usuarios, los orienta sobre todos los métodos anticonceptivos disponibles.
- Es responsable de dar charlas de introducción a la planificación familiar cuando los usuarios están en la sala de espera.
- Incorpora semanalmente las estadísticas de aceptantes de métodos de planificación familiar de la clínica al Sistema de Información Gerencial.
- Analiza las estadísticas trimestralmente y es capaz de preparar una presentación al personal cuando se le avisa con tres días de anticipación.
- Ocasionalmente organiza charlas informales al público.⁷⁶

La ética del personal de enfermería

Dentro de las concepciones éticas que deben regir todo el Programa de Planificación Familiar y el respeto por la dignidad humana, es básico que el personal de enfermería consejero no manipule al usuario de estos servicios por causa de ignorancia, idiosincrasia o situación de crisis, sepa aclarar las dudas y mitos sin amenazar, ni asustar a las personas asegurándose siempre de que su interlocutor ha entendido bien el mensaje transmitido.

Enfermería debe guardar un equilibrio frente a sus propios valores y preferencias y evitar que estos interfieran en la toma de decisión. Si al final de la consejería persisten dudas o ambivalencias, el personal de enfermería no debe sentirse frustrado o con la sensación de que perdió su tiempo, debe ante todo recomendar métodos temporales mientras el usuario toma su decisión sobre todo ante la posibilidad de elegir métodos definitivos. Ante esta situación es importante considerar los axiomas anticoncepcionales planteados por Mary Calderone*

⁷⁶ http://erc.msh.org/1pmh_spanish/chp4/vineta_1.html Selección y orientación de personal...

1. Cualquier método anticonceptivo es más eficaz que no emplear ninguno.
2. El método más eficaz es aquel que la pareja emplea con más constancia.

La aceptación es el factor de más importancia en la eficacia práctica de cualquier método anticoncepcional. Este logro se convierte en una exigencia para los profesionales de enfermería porque es necesario cualificarse cada día en la realización de la consejería en planificación familiar, como un proceso que debe superar la simple motivación y la información general para individualizar las necesidades del usuario, mejorar su calidad de vida y satisfacer su derecho a un servicio humanizado y de calidad profesional:⁷⁷

4.3 El papel del personal de enfermería en la consejería en planificación familiar

El papel del personal de enfermería consejero consiste proporcionar información correcta, clara y exhibir muestras de distintos anticonceptivos y permitir que él o la las examine, deben tener amplios, exactos y actualizados los conocimientos sobre aparato reproductivo femenino, anatomía, fisiología, ciclo menstrual, período fértil, métodos anticonceptivos, sexualidad humana.⁷⁸

Para realizar una labor eficaz, el personal de enfermería consejero debe establecer un diálogo con el usuario potencial, así como observar, hacer preguntas relevantes y escuchar, así mismo incluir los lineamientos para la identificación y manejo de casos de esterilidad e infertilidad, factores de riesgo reproductiva, elementos del entorno sociocultural y familiar y saber transmitir esta información en forma clara y accesible a los usuarios, para lo cual debe auxiliarse de material educativo adecuado.

El personal de enfermería consejero podrá ofrecer orientación eficaz, tener interés por el usuario, ser comunicativo, respetuoso, veraz y demostrar confianza.

⁷⁷ <http://tone.udea.edu.co/revista/sep96/consejer.html>. *La consejería en los programas de Planificación Familiar...*

⁷⁸ INAN-FENUAP. *Normas y programas de planificación familiar.*, 1995.

Otro aspecto importante es saber escuchar y preguntar, ya que algunas personas tienen dificultades aún más cuando se trata de problemas íntimos relativos a su sexualidad.

Debido a que el personal de enfermería consejero y el usuario potencial establecen comunicación sobre cuestiones de índole personal, es importante que se preserve el carácter privado y confidencial de la consejería en planificación familiar, para que aliente al solicitante a expresarse con absoluta confianza y libertad. Se debe imprimir carácter de respeto y privacidad en el trato al usuario, a través de su actitud y del interés mostrado al solicitante, procurando que exista un ambiente de mutua confianza, así como tomar en consideración los mitos, tabúes y creencias sobre los anticonceptivos y hacer las aclaraciones pertinentes con delicadeza y sensibilidad.

El personal de enfermería consejero debe reconocer signos de cualesquier problema emocional u orgánico de importancia en el solicitante y hacer referencia en caso necesario.⁷⁹

Corregir los falsos rumores y la información errónea es una tarea importante. Una buena manera de disipar los rumores que haya sobre un método determinado es:

- Dar ejemplos de usuarios satisfechos si éstos autorizan que se usen sus nombres. Este tipo de ejemplo personal es muy convincente.
- Averiguar que más necesita saber el usuario para confiar en el método.
- Averiguar la fuente del rumor y hablar con las personas que lo iniciaron o lo repitieron. Verificar si existe algún fundamento para el rumor.⁸⁰

Aunque se puede pensar que cada personal de enfermería consejero como ser individual tiene un estilo propio, existen algunos requisitos básicos de la consejería que deben convertirse en el común denominador de ésta. Son los siguientes:

⁷⁹ SSA. Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar. 1994, pág. 20

⁸⁰ POPULATION REPORTS. Programas de Planificación Familiar, pág. 1

Requisitos básicos para impartir consejería:

1. Establecer una relación armónica y empática.
2. Proporcionar un ambiente de privacidad.
3. Interrogar en forma eficiente.

Lo anterior no quiere decir preguntar mucho, sino saber en qué momento deben formularse cierto tipo de preguntas específicas y particulares a cada usuario. Otras veces es necesario estimular al usuario para que hable sobre sus expectativas y en otras ocasiones hay que realizar preguntas más directas tales como **¿Cree usted que el dispositivo es la mejor elección para usted en este momento?**

Prestar atención activa. Es tan importante saber escuchar como saber interpretar el lenguaje no verbal, ya que a través de éste se manifiestan sentimientos ocultos que deben ser explorados.

4. Confrontar los sentimientos del usuario frente a la planificación familiar. Es necesario ayudar a la persona a sentirse tranquila con sus propios sentimientos; sin embargo, se debe estar seguro del nivel de comprensión que se tiene de sus palabras y verificar continuamente que dicha percepción esté de acuerdo con lo expresado por el usuario. La confrontación de los sentimientos en el usuario es básica porque disminuye la ansiedad y permite tomar decisiones más seguras y permanente.

Los sentimientos que con más frecuencia manifiestan los usuarios de los servicios de planificación familiar son la culpa, el temor, la ambivalencia y la ira.

La **culpa** es un sentimiento reafirmado socialmente por la pareja, la familia o la religión; éste debe resolverse desde el principio de la consejería, ya que es la clave para la toma de una decisión acertada.

Los **temores** están asociados casi siempre con los procedimientos clínicos y riesgos a que debe someterse el usuario, de manera que deben ser identificados y analizados con el fin de reducirlos o eliminarlos.

La **ambivalencia** tiene que ver con las emociones encontradas frente a la elección anticonceptiva, por tanto es necesario ayudar a considerar los pro y los contra de cada alternativa, antes de tomar la decisión final. Manejar el sentimiento de ambivalencia puede requerir mucho tiempo de una sesión de consejería, pero no debe apresurarse o precipitarse una decisión, mejor debe considerarse la posibilidad de una nueva cita.

La **ira** es el sentimiento más frecuente en la mujer ante la falta de compromiso y apoyo por parte de su compañero y la escasa responsabilidad y participación con que enfrenta la planificación familiar.

Además de los sentimientos considerados anteriormente es conveniente explorar las posiciones frente a los posibles cambios en la dinámica familiar: muerte de uno de los hijos, viudez, separación, nuevo matrimonio. De igual manera considerar la edad de la pareja, paridad satisfecha o riesgos genéticos y riesgo reproductivo.

El personal de enfermería consejero debe además conocer las normas legales que rigen la práctica anticonceptiva en cada país y el esquema de valores religiosos y sociales de la comunidad donde trabaja.⁸¹

Cuando el personal de enfermería consejero no se muestra interesado ni comprensivo, el usuario no quedará satisfecho y, como resultado es probable que se aleje de los servicios. De lo anterior se desprende la importancia de que el proveedor anime al usuario a que haga preguntas y averigüe lo que desea saber.⁸²

⁸¹ SERVICIO DE SALUD DE BOGOTÁ. *Últimos avances en Anticoncepción - Memorias*. División de Atención Médica. - Sección Materno-Infantil, 1988.

⁸² POPULATION REPORTS. *Programas de Planificación Familiar*, pág. 8, 9.

4.4 Servicios de orientación a la usuaria del DIU en la consulta de enfermería

El objetivo fundamental de la orientación consejería para los profesionales de enfermería es la atención a las **usuarias del DIU**, esta función esta centrada en la prestación de cuidados y esta dirigida en gran parte a la atención de grupos específicos de población con factores de riesgo, ya sea en el nivel de promoción de la salud, prevención y detección de enfermedades.

La atención de Enfermería también comprende, la aplicación de técnicas terapéuticas, prestación de cuidados en la atención a la demanda espontánea y de urgencia, y valoración de las necesidades básicas de las **usuarias del DIU**. Todas estas actividades han de realizarse con un abordaje biopsicosocial entendiendo a cada una de las pacientes como un ser integral. Utilizando criterios unificados en la atención, una mayor calidad y eficacia en la misma.

Las actividades en orientación-consejería se dividen en:

- Carácter Preventivo
- Promoción de la Salud

Estas actividades, se evaluarán, revisaran y mantendrán actualizadas.

Servicios de enfermería por actividades consulta de enfermería

- Consulta a demanda.
- Consulta programada.
- Consulta protocolizada.

La presentación con las usuarias nos da una aproximación:

- A la evaluación de las actividades vitales a partir de la historia de atención previa.
- A las habilidades más necesarias para la educación sanitaria individual.
- A las técnicas de comunicación para lograr una eficaz colaboración del usuario en su proceso evitando los errores más habituales.

Elementos básicos en la consulta de enfermería

- consejera (o) / emisor.
- usuaria / receptor.

Elementos formales en la emisión de mensajes informativos

- Frases cortas—deben tener una longitud de media no superior a las 20 palabras.
- Vocabulario—utilizar palabras de bajo contenido emocional (ejemplo: peligroso en vez de maligno).
- Dicción clara y entonación adecuada.
- Añadir a la información verbal información de tipo visual o táctil.
- Evitar mensajes en "jerga médica", o excesivamente cultos.

Finalidad de la consulta

Conseguir un flujo de mensajes entre el emisor y el receptor, a través de canales determinados para:

- Dar y recabar información.
- Investigar un problema.
- Solicitar y ofrecer colaboración.

Preparativos de la consulta

- Preparar los materiales que se necesitan durante su desarrollo.
- Preparar anticipadamente los temas a tratar.
- Concertar previamente la entrevista (día, lugar, hora).

Ejecución de la consulta

- Identificación** de los participantes en la consulta.
- Enunciación** de todos los problemas hallados.
- Información** sobre la naturaleza de los problemas y actuación posterior mediante técnicas de información adecuadas.

- Acordar** con el paciente el plan de actuación posterior en cada uno de los problemas detectados.
- Cierre o despedida** de la consulta.

Evaluación de la consulta

Analizar, comentar, o criticar entrevistas es tarea primordial en la evaluación.

El resultado final de una entrevista es fruto de múltiples factores relacionados entre sí, entre otros destacaríamos:

- Actitud del profesional frente al paciente.
- Grado de susceptibilidad a la crítica.
- Capacidad para mejorar y aprender nuevas pautas de conducta.

No hay mejora sin autocrítica. No hay autocrítica sin reconocimiento de errores.

Una de las creencias que dificultan la aceptación de críticas o autocríticas es entender la manera de entrevistar como un atributo inmodificable en nuestra manera de ser. Por ello, la primera condición para mejorar nuestras habilidades como entrevistadores es entenderla como una actividad susceptible de ser mejorada y estudiada científicamente.

¿Por qué no entender como obvio un entrenamiento en entrevista clínica? si vemos natural y obvio sometemos a un periodo de entrenamiento en técnica de punción venosa.⁸³

El control realizado por la enfermera debidamente capacitada en planificación familiar, a la usuaria que utiliza el DIU debe seguir los siguientes pasos:

- ⊖ Verificar el correcto uso del método.
- ⊖ Anamnesis sobre situación de salud y posibles molestias o efectos colaterales.
- ⊖ Examen físico general y del aparato reproductivo.

⁸³ JUNTA DE ANDALUCÍA. *Consejería de Salud. "Guía de Consulta de Enfermería en Atención Primaria de Salud"*. Distrito Sanitario de Atención Primaria. Sevilla, pág. 43

- ⊖ De acuerdo con los hallazgos y la decisión de la usuaria(o), cambiar el método o reforzar las indicaciones sobre su uso correcto
- ⊖ Para prevención de ETS se recomienda usar el condón como método de protección adicional.
- ⊖ Consignar en la Historia Clínica en forma clara, los datos obtenidos en la valoración, los procedimientos realizados y el método suministrado, así como también diligenciar correctamente el registro diario de consulta.
- ⊖ En DIU post-parto o transcesárea, en los controles del mes y los tres meses se deben recortar los hilos, si están visibles. DIU de Intervalo: Al mes y luego cada año. DIU post-aborto: Al mes y luego cada año.
- ⊖ Brindar Orientación, información y educación individual sobre:
 - Importancia de los controles y su frecuencia: las usuarias(os) debe ser informada sobre la importancia de asistir a consulta para sus controles periódicos, en caso de complicaciones o cuando se requiera cambio del método temporal.

Seguimiento de la usuaria

Las revisiones subsecuentes deben programarse: DIU transcesárea o post-parto inmediato en la consulta de puerperio.

La primera: entre la 4ª y 6ª semana posterior a la inserción. Si la inserción se realizó después del evento obstétrico, se recortaran los hilos del DIU a una distancia de dos centímetros por fuera del orificio externo del cérvix, en caso necesario.

La segunda: revisión se debe realizar a los 6 meses a partir de la inserción, posteriormente cada año contando a partir de la fecha de aplicación del DIU o cuando la mujer lo considere necesario.

En cada visita clínica: debe verificarse la posición correcta del DIU mediante la visualización de los hilos guía, investigar la presencia de efectos colaterales, descartar la presencia de embarazo y detectar la existencia de infección cérvico vaginal.

En caso de embarazo: si los hilos se encuentran visibles se retirara el DIU. Si los hilos no son visibles no se debe intentar el retiro del Dispositivo.⁸⁴

Señales de peligro y precauciones post-inserción:

Indicar a la paciente:

Regresar a la clínica, consultorio u hospital inmediatamente, si presenta cualquiera de las siguientes señales, ya que las usuarias del DIU tienen un riesgo más alto de infección del útero durante el mes posterior a la inserción, por lo que deben estar alerta durante este tiempo si:

1. Tienen un período tarde u otras señales de posible embarazo.
2. Presenta sangrado abundante o manchas entre los períodos o después del coito, y continúe más de 3 meses después de la inserción.
3. Tiene dolor severo en el abdomen.
4. Tiene dolor durante las relaciones sexuales (Dispareunia).
5. Tiene flujo anormal a través de la vagina.
6. Nota la falta de un hilo, o un hilo más largo o corto.
7. Pueda sentir la parte rígida del DIU mientras revisa los hilos.

Siempre que sea posible en la visita anual se debe efectuar toma de muestra para citología cérvico vaginal (Papanicolaou).

Por todo lo anterior se debe proporcionar información suficiente a la usuaria sobre los motivos por los cuales debe acudir a consulta independientemente de la cita programada.⁸⁵

⁸⁴ IMSS. *Manual Operativo de Planificación Familiar*. Pág. 102.

⁸⁵ ASSOCIATION FOR VOLUNTARY SURGICAL CONTRACEPTION (AVSC). *Manual de Consejería en anticoncepción quirúrgica voluntaria* 1985, pág. 4.

Conducta a seguir en caso de efectos colaterales

- ✓ Las usuarias que refieren efectos colaterales deben recibir consejería adicional enfatizando las características y consecuencias del uso de éste método.

- ✓ Los efectos colaterales deben ser tratados si las molestias persisten más de 90 días, debe considerarse la posibilidad de reemplazar el DIU, y si aún persistiera se debe de retirar y considerar otro método anticonceptivo.

- ✓ Una complicación inmediata que se puede presentar como accidente durante la inserción del DIU es la perforación uterina. En este caso la paciente debe ser referida de inmediato a una unidad hospitalaria para su atención.⁸⁶

Otras indicaciones:

1. Después de insertar el DIU puede tener relaciones sexuales tan pronto como le sea cómodo.

2. Si no tiene problemas regrese a la clínica o consultorio para un chequeo, según las instrucciones de su proveedor de atención médica (después de 3-6 semanas), cuando no tenga su menstruación.

3. Cuando asista a un servicio de salud dígame a su doctor (a) o enfermera que esta usando el DIU como método anticonceptivo.

Como revisar personalmente los hilos del DIU:

1. Lavarse las manos con agua y jabón.

2. Siéntense en cuclillas o quédese parada, colocando un pie en un escalón o en el borde de un mueble.

⁸⁶ SSA., Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar. 1994, pág. 44.

3. Inserte suavemente el dedo en la vagina y trate de tocar el cérvix. Este tiene una consistencia firme, como la punta de la nariz.
4. Es importante tocar los hilos sin jalarlos (jalar los hilos podría mover el DIU o causar su expulsión), si no puede sentirlos o los siente más largos que antes o siente la parte dura del DIU en su vagina o en el cérvix, asista a la clínica o consultorio para su chequeo.

Elementos esenciales de orientación-consejería en la atención: post-aborto

La orientación efectiva para mujeres que están experimentando un aborto incompleto y posiblemente complicaciones se debe comenzar con el primer contacto entre la mujer y su proveedor y abordar en forma integral las necesidades emocionales y físicas, además de la planificación familiar y la anticoncepción. Los objetivos de orientación son:

- Proveer apoyo emocional durante toda la atención post-aborto.
- Asegurar que las mujeres reciban información apropiada acerca de condiciones médicas, los resultados de los exámenes, las opciones de tratamiento y manejo de dolor y visitas de seguimiento, y que entiendan cómo prevenir las complicaciones post-procedimiento además de saber cuando y donde buscar atención si surgen complicaciones.
- Ayudar a las mujeres a clarificar sus pensamientos acerca del embarazo, el aborto incompleto, el tratamiento, reanudación de la ovulación y el futuro de su salud reproductiva.
- Habilitar a enfermería para que puedan responder mejor a otros factores que podrían tener un impacto en la atención de la usuaria; por ejemplo, la violencia basada en género y ETS/VIH.

Los servicios ofrecidos pueden incluir:

- La educación sobre la prevención de ETS/VIH, exámenes de chequeo, diagnóstico y tratamiento.

- Detección, tratamiento y referencias para sobrevivientes de la violencia basada en género.
- Diagnóstico de la esterilidad, orientación-consejería y tratamiento.
- Educación sobre nutrición y higiene.
- Examen para detección de cáncer y referencia.

Ayudar a las mujeres a prevenir embarazos no deseados o a practicar el espaciamiento de embarazos ⁸⁷

En casos de anticoncepción post-evento obstétrico (por ejemplo: DIU, Oclusión Tubaria Bilateral), se debe brindar consejería en el control prenatal. Durante la hospitalización se debe reforzar la consejería y brindar el método seleccionado por la paciente, antes de su egreso de la institución en donde se atiende el parto o aborto, teniendo en cuenta lo siguiente: El DIU post-parto vaginal se debe colocar entre 10 minutos a 48 horas después del alumbramiento y el DIU transcesárea se debe colocar antes de la histerografía. ⁸⁸

⁸⁷ POSTABORTION CARE CONSORTIUM COMMUNITY TASK FORCE. *Elementos Esenciales de Atención post-aborto: Un modelo desarrollado y actualizado* APA en Acción # 2 Suplemento Especial," septiembre 2002.

⁸⁸ NIPLANIFICACION... *La historia del consentimiento informado*
<http://www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/nplanif.htm>

4.5 Participación de Enfermería en la obtención del consentimiento informado para la inserción del DIU.

La comunicación íntima de persona a persona ofrece las condiciones óptimas de confianza y respeto que permite al usuario tomar una decisión informada sobre la planificación familiar. Es una ayuda que una persona capacitada brinda a otra en conversación frente a frente por medio del cual se transmite real y sin tabúes que permite al usuario realizar una elección adecuada sobre el método anticonceptivo que sea mejor para él o para ella.

Consentimiento informado

Concepto: Es la decisión voluntaria responsable y bien orientada por parte de la usuaria para que se le realice la inserción del dispositivo intrauterino con pleno conocimiento y comprensión de la información pertinente y sin presiones.

El personal de enfermería consejero debe tener claro que su responsabilidad es propiciar la reflexión y facilitar el proceso de toma de decisiones al proporcionar los elementos e información específica al usuario en un marco de respeto por la decisión tomada por el mismo y hacer una elección informada desde la perspectiva del usuario.

El personal de enfermería tiene la responsabilidad de proteger el derecho de sus usuarios de decidir por sí mismos el uso de la planificación familiar sobre la base de información completa e imparcial. Se trata del derecho del usuario de tomar la elección informada. Se asegura la variedad de opciones porque en la medida de lo posible los programas ofrecen diversos métodos de planificación familiar, ya sea directamente o referidos a otras fuentes. Así mismo se asegura que la elección es informada porque se presenta información:

1. Clara
2. Suficiente para comprender los riesgos y las ventajas y
3. Lo más imparcial posible.

El propósito fundamental del consentimiento informado es garantizar a toda la población usuaria el ejercicio a la libre decisión.⁸⁹

Este procedimiento está constituido por tres etapas.

- 1. Diagnóstico y motivación**
- 2. Aceptación/ No-aceptación**
- 3. Adopción del método anticonceptivo**

1. Etapa de Diagnóstico y motivación

Actividades:

- Investigar la visión de la o el solicitante en relación con sus expectativas reproductivas y sobre la conveniencia de usar métodos anticonceptivos.
- Identificar si existen factores de riesgo reproductivo y obstétrico.
- Reforzar los beneficios de la protección anticonceptiva sobre la salud reproductiva con el enfoque integral de ésta y sobre sus ventajas para poder alcanzar sus expectativas reproductivas.
- Informar sobre las diferentes opciones anticonceptivas que proporciona la institución, tanto de métodos temporales como definitivos.

2. Etapa de Aceptación

Actividades:

- Informar de manera específica sobre el método seleccionado, considerando invariablemente lo relativo a:
 - Mecanismos de acción.
 - Efectividad.
 - Efectos secundarios.

⁸⁹ SSA., *Dispositivo Intrauterino*, pág. 59-60

- Riesgos.
 - El procedimiento para la realización o aplicación.
- b) Ratificar la comprensión de la información proporcionada.
- c) Proporcionar el documento a firmar, para ser leído por la o el aceptante, o bien leérselo en el caso de que no sepa leer, colocando firma o huella digital, según el caso.

Etapas de No aceptación

Actividades:

- a) Identificar las causas y razones de no aceptación.
- b) Reforzar a través de la consejería los beneficios de la protección anticonceptiva con el enfoque humanístico u de salud integral.
- c) Identificar mitos y ampliar la información con el propósito de eliminarlos.
- d) Aprovechar otro motivo u otra etapa de la atención a la salud para reiniciar todas las actividades desde la primera etapa del procedimiento para la obtención del consentimiento informado.
- e) Asegurar que la o el solicitante entienda el riesgo de un embarazo si no se utiliza algún método anticonceptivo, y que comprenda los riesgos que implican un embarazo bajo sus condiciones de salud.
- f) Respetar su decisión final, cualquiera que ésta sea.

3. Etapa de Adopción del método anticonceptivo

Actividades:

- a) Ratificación de la aceptación del método anticonceptivo (formato).
- b) Informar, garantizando la comprensión del objetivo de la obtención del consentimiento informado.

- c) Obtener de la o el aceptante la comprensión total de la responsabilidad compartida, prestador de servicio-usuario, al decidir adoptar un método anticonceptivo.
- d) Ratificar la información a la población sobre el derecho y respeto absoluto al cambio oportuno de decisión sobre la aceptación del método anticonceptivo.
- e) Facilitar el acceso al método anticonceptivo elegido.⁹⁰

4.6 Dimensiones de la calidad en la orientación-consejería en la consulta de enfermería

Calidad

Desde la perspectiva gubernamental, el objeto de la atención es la población, más que el paciente individual. Por su parte los usuarios y la población en general, identifican calidad con aceptabilidad, satisfacción o equidad. Valoran, por lo general, en un lugar más preeminente la accesibilidad que la tecnología más sofisticada.

Para soslayar las dificultades que nos encontramos a la hora de definir la calidad y partiendo de la premisa de que el objetivo fundamental de los servicios sanitarios, y en consecuencia de la consulta de enfermería, es prestar una atención de óptima calidad. Desglosamos los componentes que configurarían la atención sanitaria desde una consulta de enfermería:

- Efectividad.-** Es la medida en que una determinada práctica (atención en consulta de enfermería) mejora el estado de salud de un individuo o población concreta atendida.
- Eficacia.-** Es el resultado que se obtiene de una prestación (atención en consulta de enfermería) en condiciones ideales de utilización.

⁹⁰ IMSS. *Guía para la Obtención del Consentimiento Informado en Planificación Familiar*, pág. 11-13.

- Eficiencia.-** Se identifica con la provisión de nivel determinado de calidad al menor coste posible, o a la consecución del más alto nivel de calidad posible con una cantidad de recursos fija y predeterminada.
- Accesibilidad.-** Facilidad con que los servicios sanitarios pueden ser obtenidos en relación a barreras organizativas (horarios,...), económicas, culturales y emocionales. También se podría referir como **adecuación**.
- Satisfacción.-** Se refiere a la medida en que las prestaciones y servicios sanitarios son aceptados por los propios usuarios y por la población.
- Competencia profesional o calidad científico técnica.-** Capacidad de utilización por parte de los profesionales del más avanzado nivel de conocimientos existentes para producir salud y satisfacción en la población atendida. Implica la capacidad profesional de coordinación de juicios, habilidades y conocimientos para la aplicación de los procedimientos más apropiados.

4.7 Capacitación en consejería

La capacitación del personal de enfermería en las técnicas de consejería es un componente esencial para asegurar la satisfacción de los usuarios y una buena continuación anticonceptiva y el uso adecuado del anticonceptivo elegido.

Además de aquellas personas encargadas de proveer la consejería como una tarea especializada dentro del sistema de la entrega de servicios, hace falta entrenar a todos aquellos integrantes del personal que tienen importante contacto verbal con los usuarios en habilidades de comunicación y técnicas de consejería.

Dichas técnicas comprenden habilidades verbales y no-verbales tales como el uso de un lenguaje fácilmente comprensible para los usuarios, la cualidad de escuchar atentamente y plantear las preguntas pertinentes, y la manera de evaluar el grado de comprensión del usuario o la usuaria de la información ofrecida.

Para poder aconsejar en forma efectiva, los miembros del personal de planificación familiar deben estar convencidos ellos mismos del valor de la planificación familiar y poseer información correcta y actualizada sobre los métodos disponibles.

Deben dejar de lado cualesquiera preferencias personales o sesgos que pudieran tener y apoyar a los usuarios en hacer sus propias elecciones anticonceptivas.⁹¹

Particularmente, los profesionales de enfermería para un mejor desempeño deberían contar con una buena capacitación en el conocimiento y uso de las técnicas de comunicación, ya que la labor educativa y de permanente contacto con las personas así lo exige.

La comunicación en la planificación familiar

Es por todos conocido que en los diferentes programas de salud, al profesional de enfermería le corresponde muchas veces ser el puente de enlace entre la solicitud de un servicio y la prestación de la atención; y por esta razón se debe actuar en algunas ocasiones como motivadores y en otras como informadores, educadores y consejeros, sin que se tenga claridad sobre los aspectos básicos de estas técnicas.

El programa de planificación familiar es un campo que exige del profesional de enfermería una gran utilización de las técnicas de comunicación y por ello es necesario precisar algunos elementos básicos conceptuales ventajas y desventajas de cada una de ellas.

⁹¹ http://www.ippf.org/medical/imap/statements/esp/pd71994_a.pdf. *Declaración sobre consejería anticonceptiva ...*

La reflexión y el análisis de estas condiciones permiten al personal de enfermería identificar a la *motivación, información, promoción, y orientación-consejería* como elementos esenciales para lograr el proceso de educación en salud reproductiva.

Motivación

Es una técnica de comunicación corta, precisa y orientada a un objetivo específico; es un concepto muy utilizado en el área de las ventas. Entre sus características se resaltan las siguientes:

1. Está dirigida a una población objeto (comerciales de televisión, propagandas de prensa y radio).
2. Da a conocer solamente los aspectos positivos del producto, pero no los negativos.
3. Trata de crear una rápida reacción acerca de un producto.
4. La decisión que toman las personas, no siempre es bien informada o racional.
5. Casi siempre hay una sutil o clara manipulación del usuario.
6. Presupone cierta ignorancia de la población objeto.

En planificación familiar, la motivación en algunos casos es necesaria y positiva, siempre y cuando posteriormente se acompañe de una información neutral y completa.

Información

La información es el proceso de transmisión de mensajes referentes a tópicos de salud reproductiva.

Para que despierte interés se requiere que ésta se encuentre relacionada a las necesidades de la población a la que se dirige, por lo que debe ser veraz, interesante, precisa, comprensible y desprovista de tecnicismos que dificultan la comprensión del mensaje, deberá incluir los beneficios que se obtienen de adoptar una conducta, los mecanismos de acción de la conducta propuesta, ventajas, desventajas, formas de utilización, posibles complicaciones y riesgos de la misma, a fin de que la población tenga elementos para valorar el cambio o adopción de conductas en salud.⁹²

En esta técnica se da a conocer un tema específico, sin profundizar sobre él, ni permitir el debate entre el informador y los informados.

Su finalidad es orientar la opinión pública frente a un hecho específico.⁹³

Entre sus características están:

1. Es neutral porque debe presentar riesgos, ventajas y desventajas.
2. Es unidireccional, no permite el debate y se presenta en forma concisa, utilizando cualquier medio de comunicación audiovisual o impreso como la prensa, la radio, la televisión entre otros.
3. Tiene gran impacto en los grupos de interés y es muy rentable por la cobertura que logra.

En el área de planificación familiar la información debe ser completa y debe orientar a la población objeto sin manipularla.

⁹² IMSS. *Bases Generales de las Actividades de Educación para la Salud Reproductiva*, pág. 15

⁹³ ASSOCIATION FOR VOLUNTARY SURGICAL CONTRACEPTION (AVSC) Internacional, *Manual de Consejería en anticoncepción quirúrgica voluntaria* 1985, Madison Avome New York 10016 USA. 76 Pág.

Educación

Es un proceso metodológico a través del cual se realiza la transmisión ordenada de conocimientos, habilidades, valores y destrezas, con el fin de lograr un cambio en el receptor.⁹⁴

Las características de esta técnica son:

- La utilización de los diferentes niveles de raciocinio.
- La retroalimentación es multidireccional entre el profesor y el alumno.

Si se tiene presente que la educación en salud reproductiva es un "proceso" con etapas sucesivas e interrelacionadas, estaremos de acuerdo en que los propósitos y elementos técnicos y metodológicos empleados para incidir en cada etapa deberá de tener alcances diferentes; de ahí la trascendencia de que el personal de enfermería tenga la visión y la habilidad para emplear las técnicas, y los medios de comunicación idóneos en los distintos momentos y circunstancias.

Se propone establecer comunicación bidireccional como la mejor alternativa para que el prestador de servicio defina la forma de intervenir con la población reconociendo que cada individuo cuenta con distintos grados de información en relación a su salud reproductiva sus intereses y motivaciones responden a características sociales, culturales y económicos diversas y sus experiencias personales y familiares son particulares y tienen especial influencia en su actuar.

Promoción

Se define como "iniciar o adelantar una cosa procurando su logro". Aplicada a la salud reproductiva, abarca todas aquellas actividades encaminadas a estimular en un individuo o grupo la aplicación de medidas que preserven y favorezcan sus condiciones de salud.

⁹⁴ PORTER, JR; CEDRIC, W. Y WAIFE, HOLTROP. *Manual de Anticoncepción para personal de salud*. Pág. 5.

Implica enfatizar las cualidades y beneficios de la conducta propuesta, a través de mensajes cortos, así como señalar las facilidades para lograrlo u obtener el servicio, generalmente no se mencionan riesgos o efectos no deseados.

En la promoción, la comunicación se establece en una sola dirección sin posibilidad de retro-información. Puede efectuarse a través de los medios masivos de comunicación o interpersonales, y los mensajes o públicos destinatarios pueden ser generales o limitarse a una acción específica (servicios vespertinos de salud reproductiva, vasectomía sin bisturí, lactancia materna etc.).

La orientación-consejería es el proceso de ayuda técnica y humana dirigida al individuo para que alcance autonomía personal en la toma de decisiones en relación al cuidado de su salud; se pretende que el individuo esté dispuesto y sea capaz de llegar al análisis de sus decisiones y alternativas personales acordes con los objetivos de salud.

Es un proceso de reflexión que, con el apoyo de la enfermera consejera, permite al individuo o la pareja revisar los factores (biológicos, psicológicos y/o sociales que condiciona su comportamiento y la toma de decisiones en torno a su salud reproductiva).

Los usuarios tienen un papel activo: participan, preguntan, exponen sus dificultades, expectativas y sentimientos.

Hay que clarificar dudas, disminuir temores despejar algunos mitos y conflictos relacionados con la salud materno-infantil, el uso de un método anticonceptivo con la sexualidad o las ETS.

Además de apoyo y seguimiento a los usuarios que lo requieren por la falla en el uso de uno de los métodos de planificación familiar o preocupación relacionada con la sexualidad humana.⁹⁵

Una vez vistas globalmente las técnicas de comunicación que más frecuentemente se emplean, vale la pena establecer la diferencia entre las dos últimas técnicas.

⁹⁵ IMSS. *Bases Generales de las Actividades de Educación para la Salud Reproductiva*, pág. 15-17.

Por definición, la consejería implica ayuda en la toma de una decisión; en educación, por otro lado se entrega una información instructiva, no incluye rutinariamente asesoría o ayuda en la toma de decisiones.⁹⁶

Registros

El "ritual" del papeleo es quizás el procedimiento que más "mortifica" a la enfermera. Como informar es cada vez más una obligación ineludible, la solución al problema pasa por garantizar la utilidad de los registros, o lo que es lo mismo, escribir en beneficio propio. Pueden ser la cosa más inútil del mundo si no tenemos la precaución de ubicarlos entre los límites de las acciones razonables. La O.M.S. define que: " registrar implica llevar una recogida permanente de datos con identificación personal, y con la intención de efectuar alguna acción posterior, como la del seguimiento ".⁹⁷

4.8 Limitantes para que el personal enfermería otorgue orientación-consejería.

En el abordaje técnico sólo se llega al nivel de la información, es importante aclarar que esta situación se presenta no porque así lo desee el profesional de enfermería. A muchos profesionales les queda la sensación de que es imperfecta; algunas veces por las limitaciones personales, la mayoría de las veces porque se ha aprendido a convivir con la norma administrativa, en la que el parámetro del rendimiento sacrifica la calidad o en la que la actividad final, es decir, la elección del método es la que cuenta para el registro y no la actividad básica para el éxito y la calidad de este servicio que es la consejería en planificación familiar.

A esto se agregan algunas limitaciones de orden técnico, como la falta de ayudas didácticas más dinámicas, actuales y funcionales para favorecer la percepción del usuario, como son:

⁹⁶ PLATA y YANUZOVA. *Los derechos Humanos y la convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*, 1979 Profamilia - Servicio de Consultoría. Jurídica Familiar.

⁹⁷ JUNTA DE ANDALUCÍA. *Consejería de Salud. "Guía de Consulta de Enfermería en Atención Primaria de Salud"*. Distrito Sanitario de Atención Primaria. Sevilla, pág. 10.

Los medios audiovisuales y modelos clínicos; además, hay que tener en cuenta que las plantas físicas no permiten tener privacidad y que los horarios asignados al programa son mínimos o inadecuados. Tampoco se puede dejar de lado las múltiples dificultades que presenta el usuario para su abordaje. En los aspectos relacionados con la sexualidad cada comunidad tiene diversos sistemas de control y en este sentido la planificación familiar compromete al ser humano en el ejercicio de su sexualidad y de su actividad reproductiva que hacen parte de su autoestima y propia percepción.

Las limitantes culturales relacionadas con el alfabetismo, niveles de percepción, la poca información o conocimiento previo sobre el tema dificultan aún más el proceso de la consejería.

En este orden de ideas, que no son justificaciones a lo que actualmente se está haciendo, es necesario crear un nuevo esquema de la atención en planificación familiar, en el que se implemente dentro de la estructura del plan obligatorio de salud la actividad de la consejería en el sector oficial como un logro profesional para elevar además de la cobertura, la calidad de la atención que también es un derecho básico del usuario.

La planificación familiar es una práctica social que no puede desligarse del ambiente sociocultural donde se realiza, por tanto los profesionales de enfermería no pueden ejercerla sólo dentro de un esquema médico-biologista, sino superarlo y establecer una relación horizontal usuario-consejero, en la que prime el respeto por la diferencia de valores existentes en cada usuario y no se induzca a éste a asumir lo que desea el personal de enfermería consejero.⁹⁸

El profesional de enfermería está en el inicio del camino que debe recorrer la implementación, a fin de que se abran nuevas posibilidades y formas para la prestación de los diferentes servicios. Le corresponde entonces, dentro de la atención a la población en edad reproductiva, construir nuevas alternativas en el área de la atención de la planificación familiar que superen la simple oferta de métodos anticonceptivos.

⁹⁸ FAMILY HEALTH INTERNATIONAL, *Calidad de la atención*. En: Network. Vol. 19, No. 4. Octubre 1993.

4.9 Sugerencias para realizar la orientación-consejería

Repaso rápido:

- **Salude** al usuario.
- **Pregunte** en que puede ayudarle y póngase a sus órdenes.
- **Celebre** la sesión de orientación en un lugar privado donde nadie los pueda oír.
- **Anime** al usuario a hacer preguntas.
- **Pregunte** si tiene alguna preocupación sobre la planificación familiar u otro método.
- **Escuche** con atención lo que le dice el usuario.
- **Trate** de ponerse en el lugar del usuario y hágase eco de sus sentimientos.
- **Anote** una breve historia médica y reproductiva para verificar si algunos métodos no son seguros para el usuario.
- **Infórmele** brevemente sobre los métodos que puede elegir.
- **Use** folletos, hojas sueltas y muestras de anticonceptivos cuando está explicando los métodos.
- **Deje** que el usuario elija el método que desea usar.
- **Indique** como usar correctamente el método elegido.
- **Describe** los exámenes físicos, análisis u otros procedimientos clínicos que el usuario necesita.

- **Explique** los posibles efectos secundarios y señales de peligro, e indique al usuario lo que debe hacer si ocurren.
- **Pida** al usuario que repita las instrucciones.
- **Entregue** al usuario una papeleta o un folleto de instrucciones para llevar a su casa, de ser posible.
- **Dígale** al usuario donde obtener más productos, si corresponde.
- **Dígale** al usuario cuando debe regresar para seguimiento o cuando puede esperar la próxima visita suya.
- **Indíquelo** que puede regresar en cualquier momento si tiene problemas o preocupaciones.
- **Asegure** al usuario que puede regresar cuando quiera por otro método si el que ha elegido no le conviene.⁹⁹

⁹⁹ POPULATION REPORTS. *La importancia de la orientación individual.* Programas de Planificación Familiar Serie 1. Número 35, pág. 27

B. VARIABLES

VARIABLES

Variable Dependiente:

- La aceptación del DIU

Variables independientes:

- Desconocimiento acerca del DIU
- Orientación-consejería.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Definición Conceptual

- Orientación- consejería: Es un proceso de reflexión, ayuda técnica y humana dirigida al individuo para que alcance autonomía personal en la toma de decisiones con relación al cuidado de su salud reproductiva.¹⁰⁰ Permite al individuo o a la pareja, revisar los aspectos (social, biológico emocional y cultural), que condiciona su comportamiento.
- Desconocimiento: Falta de información específica de la paciente acerca del DIU.

Indicadores

De la variable: Desconocimiento

- Efectividad: que proporciona seguridad.
- Conocimiento: grado de información.
- Aceptación: recibir alguien voluntariamente lo que se le da.
- Temor: dudas o miedo que se tiene de algo.
- Accesibilidad: facilidad para obtener un producto o servicio

¹⁰⁰SSA. Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar. 1994, pág. 20.

De la variable: Orientación-Consejería

- Capacitación: habilitar a una persona para realizar una actividad.
- Orientación: conducir a alguien a un determinado fin.
- Satisfacción: sentimiento de agrado al recibir u otorgar un servicio.
- Consejería: opinión o dictamen que se da o se pide para ejecutar o no algo.

Operacionalización de Variables

Definición operativa de variables e indicadores: consiste en clasificar a la variable e indicador por tipo de variable, escala de medición, categorías o unidades.

**TESIS CON
FALTA DE ORIGEN**

DEFINICION OPERATIVA DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE: Desconocimiento

Indicador de la variable	Categoría	Observaciones
Conocimiento	Muy, Poco o Nada	Preguntar a la paciente qué tan enterada está acerca del DIU
Efectividad	Efectivo, Nada efectivo	Preguntar a la paciente qué tan efectivo es el DIU
Beneficios	Respuestas: 1-9	Preguntar a la paciente qué beneficios tiene el uso del DIU
Temor	Temores: Respuestas: 1-5 Razones: Respuestas: 1-7	Preguntar a la paciente cuál es su temor con respecto al DIU y por qué razón no lo aceptaría
Accesibilidad	Sí No	Preguntar a la paciente si tiene acceso a algún servicio de salud.

DEFINICION OPERATIVA DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE: Orientación-Consejería

Indicador de la variable	Categoría	Observaciones
Capacitación	Sí No	Pregunto a la paciente si la enfermera le brindó información acerca del DIU
Orientación-Consejería	Buena, Regular, Mala	Pregunto a la paciente cómo calificaría la información que recibió
Satisfacción	Satisfecha, Insatisfecha	Pregunto a la paciente qué tan satisfecha está con la orientación que recibió de la enfermera.

DEFINICION OPERATIVA DE VARIABLE		
Indicador de la variable	Categoría Número asignado	Observaciones
Edad	1. 16-20 años 2. 21-26 años 3. 26-30 años 4. 31-35 5. + de 36	Preguntar a la paciente qué edad tiene
Estado civil	1. Soltera 2. Casada 3. Unión libre 4. Otro	Preguntar a la paciente cuál es su estado civil
Religión	1. Católica 2. Cristiana 3. Testigo de Jehová 4. Otra	Preguntar a la paciente a qué religión pertenece
Escolaridad	1. Primaria 2. Primaria Incompleta 3. Secundaria 4. Bachillerato 5. Técnica 6. Profesionalista	Preguntar a la paciente qué estudios tiene
Ocupación	1. Estudiante 2. Empleada 3. Ama de casa 4. Profesionalista 5. Otra	Preguntar a la paciente a qué se dedica
Lugar de residencia	1. Distrito Federal 2. Estado de México	Preguntar a la paciente dónde vive
Número de hijos	1. Ninguno 2. 1-2 hijos 3. 3-4 hijos 4. Más de 4	Preguntar a la paciente cuántos hijos tiene

C. METODOLOGÍA

METODOLOGÍA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Diseño de la Investigación

Para la elaboración de la presente investigación se establece un sistema de trabajo que permite obtener un orden secuencial en el desarrollo de las etapas que a continuación se mencionan:

Planeación de las reuniones con el equipo de investigación para la selección, análisis documental acerca del problema y mediante la elaboración de cuestionarios de preguntas abiertas y cerradas, que permitió encuestar a todas las pacientes hospitalizadas en el área de obstetricia, atendidas por algún evento del 21 de marzo al 21 de abril del 2003, en el Hospital General de Chalco y Hospital General "Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez", para alcanzar el objetivo general, en donde deseamos detectar: **La importancia de enfermería en la orientación-consejería para la aceptación del DIU en el post-evento obstétrico.**

Tipo de estudio

Según por el tiempo de ocurrencia: Descriptiva

Le corresponde medir y describir una situación de hechos, en el presente.

Según por el periodo y secuencia del estudio: Transversal

Estudian las variables de un determinado momento haciendo un corte en el tiempo.

Según por las poblaciones que estudia: Comparativa:

Se pretende comparar las variables de dos poblaciones.

Universo y Muestra

Universo:

Todas las pacientes que acudieron a la institución de salud para atención de algún evento obstétrico.

Criterios de Inclusión:

Todas las pacientes que acudieron a la Institución para la atención de algún evento obstétrico: post-parto, post-cesárea, post-aborto, con posibilidades de usar el DIU como método de planificación familiar.

Criterios de Exclusión:

Todas las pacientes que no sean de post-evento obstétrico.

Límites

Lugar: Hospital General de Chalco.

Hospital General "Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez" del Valle de Chalco, Xico.

Tiempo: Del 21 de Marzo al 30 de Junio del 2003.

Muestra:

El 100% de la todas las mujeres que tuvieron algún evento obstétrico.

Muestreo Probabilístico

Se realizó a través de un concentrado en forma de lista en donde se registro a todas las pacientes que se entrevistaron.

Procesamiento de datos

Se lleva a cabo mediante investigación documental y cuestionarios en el que se realizó el levantamiento de información específica, que contiene aspectos del fenómeno que se consideran esenciales. Cabe mencionar que para la elaboración de dicho cuestionario se tuvo conocimiento previo del fenómeno.

Validez y confiabilidad del instrumento de medición

La prueba piloto con 16 preguntas, se aplicó a dos grupos distintos, las ocho primeras preguntas se realiza al primer grupo y las últimas ocho al segundo.

Plan de tabulación y análisis estadístico

Se llevó a cabo la concentración de datos y se elaboraron los cuadros en los que se "vació", analizó, comparó la información y se presentan los resultados, se clasificó, codificó y estableció categorías precisas. Una vez manipulados y obtenidos los resultados, se realiza un análisis de datos.

Recursos

Recursos Humanos

- 3 pasantes de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia
- 1 profesor de la UNAM
- Equipo Multidisciplinario del Sector Salud.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Recursos Materiales

Recursos materiales	Cantidad
<u>Material requerido:</u>	
Computadora	1
Impresora	1
Cartuchos de tinta	7
Hojas blancas	3000
Lápices	100 piezas
Gomas	10 piezas
Lapiceros	5 piezas
Puntilla	5 cartuchos
Sacapuntas	10 piezas
Clips	100 piezas
Engrapadora	1 pieza
Grapas	1 caja
Copias	3000
Fólders	25 piezas
Disquete	15 piezas
Bolígrafos	20 piezas
Tijeras	3 piezas
Resistol adhesivo	10 piezas
Reglas	3 piezas
Sobres amarillos tamaño carta	10
Equipo adicional	
Maquina de escribir	1
Escritorio	2
Mesas	1
Sillas	3

Recursos físicos: Espacio para trabajar, en los Hospitales a Investigar
Área de obstetricia de las 2 unidades.

Recursos Financieros: Se lleva a cabo por las alumnas de la Licenciatura
En Enfermería y Obstetricia

• Viáticos	\$ 5,000.00
• Guardias	\$ 30,000.00
• Alimentos	\$ 10,000.00
• Material	\$ 20,000.00
• Encuademación	\$ 2,500.00
Total =	\$ 67,500.00 M/N.

Riesgos de la investigación

Los aspectos éticos de la investigación que se realiza en seres humanos de acuerdo a las características de este estudio de investigación son **PERFECTAMENTE PERMISIBLE** de acuerdo al reglamento de la **Ley General de Salud** en materia de investigación. Se considera este estudio:

Investigación sin riesgos, ya que en este estudio la posibilidad de causar alteraciones físicas o psicológicas al sujeto es remota, ya que implica teoría y método de investigación documental.

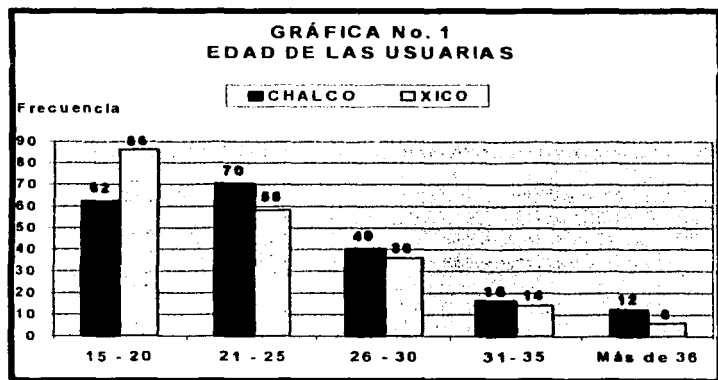
D. CUADROS, GRÁFICAS Y ANÁLISIS.

CUADRO No.1

EDAD DE LAS USUARIAS ENCUESTADAS, HOSPITAL GENERAL DE CHALCO Y XICO, ESTADO DE MÉXICO, ABRIL DEL 2003

Edad	CHALCO		XICO	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
15 - 20	62	31	86	43
21 - 25	70	35	58	29
26 - 30	40	20	36	18
31 - 35	16	8	14	7
Más de 36	12	6	6	3
TOTAL	200	100	200	100

FUENTE: Encuestas aplicadas en el post-evento obstétrico Hospital General de Chalco y Hospital General Xico Abril del 2003



FUENTE: CUADRO No. 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANÁLISIS DEL CUADRO No. 1

Del 100% de las encuestas realizadas a usuarias del Hospital General de Chalco con respecto a la edad el primer lugar lo ocupan las mujeres de 21 a 25 años con un porcentaje del 35 %, el 31% lo ocupan las que tienen de 15 a 20 años; con un 20% las mujeres de 26 a 30 años, un 8% las mujeres de 31 a 35 años y en menor porcentaje las mujeres de más de 36 años con un 6 %. Siendo la mayoría de ellas adolescentes y adultas jóvenes.

De acuerdo a los datos obtenidos se pudo detectar que del 100% de las usuarias encuestadas que ingresan al Servicio de Obstetricia en el Hospital General "Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez" de Xico, en lo que se refiere a la edad el primer lugar lo ocupan las mujeres de 15 a 20 años con un porcentaje del 43%, seguido de un 29% las que tienen de 21 a 25 años, en tercer lugar con un 18% las mujeres de 26 a 30 años, con un 7% las mujeres de 31 a 35 años y en último lugar con un 3 % las mujeres de más de 36 años.

Predominaron las adolescentes y adolescentes jóvenes, lo anterior nos sugiere que tienen poca o nula experiencia y conocimiento en lo que respecta a toma de decisiones preconcepcionales y en el cuidado pre y post-natal, como son embarazo, parto, puerperio. La edad de la madre al nacimiento del primer hijo y el bajo intervalo intergestacional, son dos factores de riesgo de fallecer en el primer año de vida. En el caso de fecundidad juvenil (menores de 19 años).

El embarazo en adolescentes y en mujeres jóvenes conlleva a una fecundidad precoz, siendo preocupante para la salud de la madre y su descendencia. También la procreación en esta etapa de la vida puede limitar el desarrollo personal de las jóvenes y tiene importantes limitaciones en su trayectoria de vida. El inicio temprano de la maternidad se asocia a menores oportunidades de desarrollo para las mujeres y a relaciones asimétricas de género que limitan su participación en las decisiones de su sexualidad y reproducción.

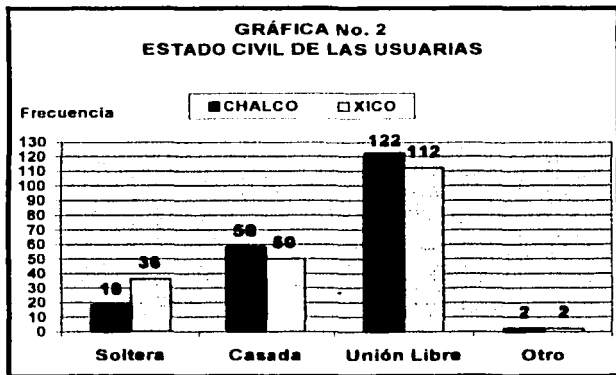
Por lo tanto la orientación consejería que imparta el personal de enfermería en esta etapa reproductiva es de vital importancia para disminuir los daños a la salud materno infantil.

CUADRO No. 2

ESTADO CIVIL DE LAS USUARIAS ENCUESTADAS, HOSPITAL GENERAL DE CHALCO Y XICO, ESTADO DE MÉXICO, ABRIL DEL 2003

Estado Civil	CHALCO		XICO	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Soltera	18	9	36	18
Casada	58	29	50	25
Unión Libre	122	61	112	56
Otro	2	1	2	1
TOTAL	200	100	200	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1



FUENTE: CUADRO No. 2

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANÁLISIS DEL CUADRO No. 2

De acuerdo con los resultados obtenidos del 100% de las usuarias que acuden al Hospital General de Chalco con respecto al estado civil el porcentaje más alto lo ocupa con un 61% el de unión libre, seguido de un 29% de las casadas, un 9% se observa que son solteras y solo un 1% pertenecen a otros.

En relación con las encuestas realizadas a usuarias del Hospital General "Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez" de Xico, de acuerdo al estado civil, el porcentaje más alto es de 58% de unión libre, con un 25% de las casadas, seguido un 18% se observa que son solteras y solo un 1% pertenecen a otros.

Nos damos cuenta que más de la mitad de estas mujeres viven en esa sociedad con una pareja, un matrimonio joven que todavía está en la fase de ajuste, que no se encuentra preparado para asumir responsabilidades.

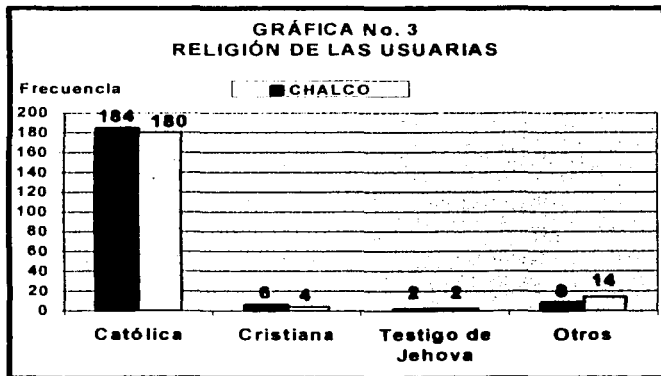
El inicio de un matrimonio a temprana edad se relaciona con patrones reproductivos de poco espaciamiento entre los hijos y una descendencia más numerosa al final de su vida reproductiva.

CUADRO No. 3

RELIGIÓN DE LAS USUARIAS ENCUESTADAS, HOSPITAL
GENERAL DE CHALCO Y XICO ESTADO DE MÉXICO,
ABRIL DEL 2003

Religión	CHALCO		XICO	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Católica	184	92	180	90
Cristiana	6	3	4	2
Testigo de Jehová	2	1	2	1
Otros	8	4	14	7
TOTAL	200	100	200	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1



FUENTE: CUADRO No. 3

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANÁLISIS DEL CUADRO No. 3

Del 100% de las encuestas realizadas a usuarias del Hospital General de Chalco en cuanto a la religión la más frecuente fue la católica con un 92%, seguido de un 4% de otras religiones, un 3% de cristiana y un 1% de testigos de Jehová.

Del 100% de las usuarias encuestadas en el Hospital General "Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez de Xico", con respecto a la religión, el porcentaje más alto es de 90%, son católicas, seguido de un 7% de otras religiones, un 2% de cristianos y un 1% de testigos de Jehová.

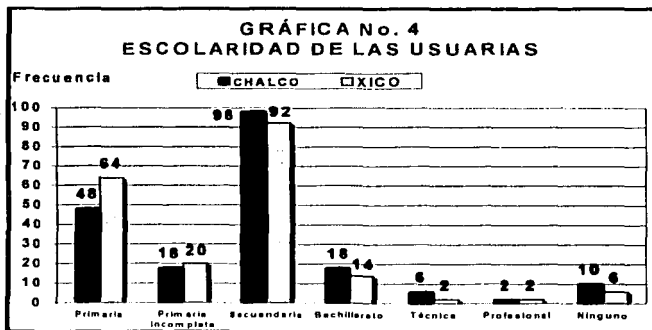
De acuerdo a los datos obtenidos se pudo detectar que las usuarias que ingresan al Servicio de Obstetricia de ambos Hospitales en su gran mayoría son católicas. Cuyos principios morales limitan la utilización de métodos anticonceptivos que no sean naturales.

CUADRO No. 4
 ESCOLARIDAD DE LAS USUARIAS ENCUESTADAS
 HOSPITAL GENERAL DE CHALCO Y XICO,
 ESTADO DE MÉXICO, ABRIL DEL 2003

Escolaridad	CHALCO		XICO XICO	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Primaria	48	24	64	32
Primaria incomp.	18	9	20	10
Secundaria	98	49	92	46
Bachillerato	18	9	14	7
Técnica	6	3	2	1
Profesional	2	1	2	1
Ninguno	10	5	6	3
TOTAL	200	100	200	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN



FUENTE: CUADRO No. 4

ANÁLISIS DEL CUADRO No. 4

Del 100% de las encuestas realizadas a usuarias del Hospital General de Chalco con respecto a la escolaridad el porcentaje más alto con un 49% es el de secundaria, seguido por el de la primaria con un 24%, con un 9% primaria incompleta y bachillerato, un 5% ninguna, un 3% carrera técnica y con menor porcentaje 1% profesional.

Del 100% de las usuarias encuestadas en el Hospital General "Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez de Xico", referente a la escolaridad el 46% es el de secundaria, el 32% a primaria, con un 10% primaria incompleta, un 7% bachillerato, un 3% ninguna, un 1% carrera técnica y con menor porcentaje 1% profesional.

Existe una estrecha relación entre la escolaridad de la madre y la sobrevivencia infantil.

En todos los años que se cuenta con información, a mayor escolaridad mayor el porcentaje de mujeres que utiliza un anticonceptivo para regular su fecundidad.

La escolaridad de la mujer está positivamente relacionada con la adopción de la práctica anticonceptiva. Propicia en las personas actitudes de previsión y planeación; favorece una mayor capacidad de decisión, autonomía y libertad, lo que se expresa en todas las esferas de la vida privada y social; fomenta el afán de logro y superación personales, así como una alta valoración parental de los hijos. Además, la formación escolar incrementa la capacidad de comprensión y de manejo de información, comunicación y análisis, que son cualidades que favorecen la difusión de innovaciones.

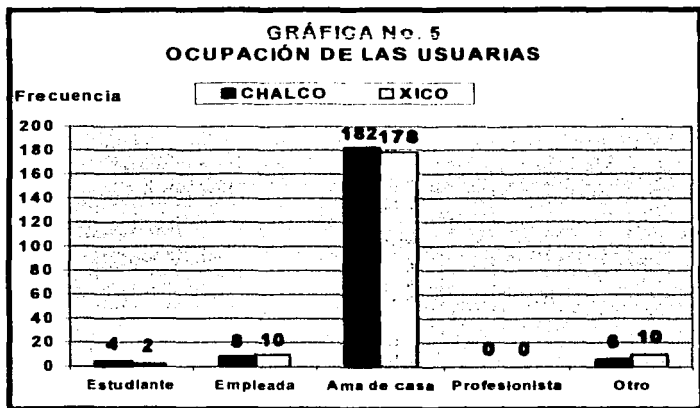
Un conocimiento más amplio de la gama de métodos anticonceptivos disponibles en el sector salud ha favorecido que las personas encuentren las opciones que más se adecuen a sus necesidades y características, propiciando con ello una mayor demanda de este servicio. Además de ampliar el conocimiento sobre la diversidad de medios de regulación, es necesario extender su difusión entre los grupos que presentan elevados porcentajes de desconocimiento, como son las mujeres con bajos niveles de escolaridad.

CUADRO No. 6

OCUPACIÓN DE LAS USUARIAS ENCUESTADAS, HOSPITAL
GENERAL DE CHALCO Y XICO, ESTADO DE MEXICO, ABRIL DEL 2003.

Ocupación	CHALCO		XICO	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Estudiante	4	2	2	1
Empleada	8	4	10	5
Ama de casa	182	91	178	89
Profesionista	0	0	0	0
Otro	6	3	10	5
TOTAL	200	100	200	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1



FUENTE: CUADRO No. 5

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANÁLISIS DEL CUADRO No. 5

Del 100% de las encuestas realizadas a usuarias del Hospital General de Chalco con respecto a la ocupación el 91% son amas de casa, el 4% son empleadas, el 3% ocupan el rubro de otra ocupación y el 2% son estudiantes.

Del 100% de las usuarias encuestadas en el Hospital General "Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez de Xico", referente a la ocupación el 89% son amas de casa, el 5% tienen otra ocupación, el 4% son empleadas, y el 1% son estudiantes.

De acuerdo a los datos obtenidos se pudo detectar que la mayoría las usuarias de ambos Hospitales se dedican al hogar.

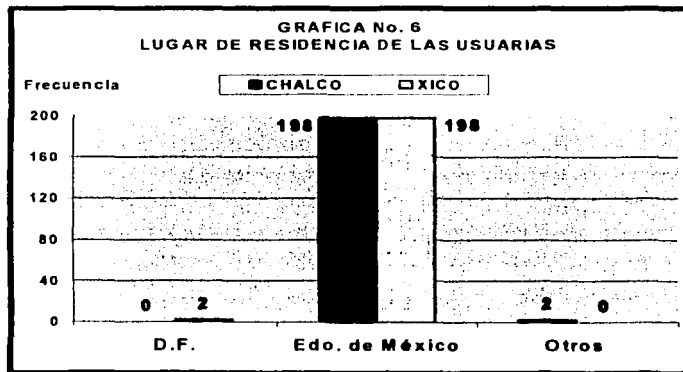
Lo cual le resta autonomía en la capacidad para la toma de decisiones, así como un menor poder de negociación al interior del núcleo familiar; y un menor control de los recursos con su consecuente efecto negativo en la salud y la calidad de vida de su familia.

CUADRO No. 6

LUGAR DE RESIDENCIA DE LAS USUARIAS ENCUESTADAS,
HOSPITAL GENERAL DE CHALCO Y XICO, ESTADO DE MÉXICO,
ABRIL DEL 2003

Lugar de residencia	CHALCO		XICO	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
D.F.	0	0	2	1
Edo. de México	198	99	198	99
Otros	2	1	0	0
TOTAL	200	100	200	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1



FUENTE: CUADRO No. 6

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANÁLISIS DEL CUADRO No. 6

Del 100% de las encuestas realizadas a usuarias del Hospital General de Chalco referente al lugar de residencia el 99 % vive el Estado de México y el 1% en otro lugar.

Del 100% de las usuarias encuestadas en el Hospital General "Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez de Xico", con respecto al lugar de residencia el 99% vive el Estado de México y solo el 1% en el Distrito Federal.

El lugar de residencia semiurbano y urbano de las mujeres son variables que aluden a los contextos sociales, culturales y geográficos en que vive la población y que condicionan la demanda y uso de los servicios de planificación familiar. El área semiurbana está integrada, en su mayoría, por localidades dispersas y aisladas de los servicios básicos y de las comunicaciones y el transporte, con baja integración a los mercados de trabajo y de bienes, y donde prevalecen relaciones de género desiguales.

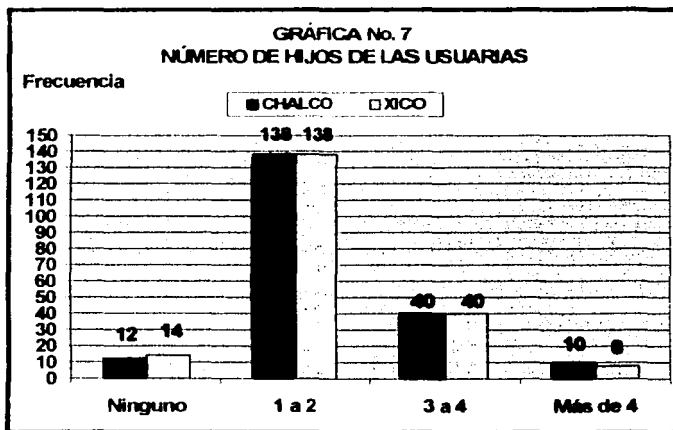
Los múltiples determinantes económicos, culturales e institucionales que inciden en los ideales, percepciones y preferencias reproductivas, así como las dificultades de acceso físico, económico o social asociados a la utilización de servicios, explican en buena medida la dinámica diferenciada de la difusión de la planificación familiar entre localidades semiurbanas y urbanas. En estas últimas, los niveles de uso de métodos anticonceptivos siempre han estado muy por encima de los registrados en el medio rural.

CUADRO No. 7

NÚMERO DE HIJOS DE LAS USUARIAS ENCUESTADAS,
HOSPITAL GENERAL DE CHALCO Y XICO, ESTADO DE MÉXICO,
ABRIL DEL 2003

Número de hijos	CHALCO		XICO	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Ninguno	12	6	14	7
1 a 2	138	69	138	69
3 a 4	40	20	40	20
Más de 4	10	5	8	4
TOTAL	200	100	200	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1



FUENTE: CUADRO No. 7

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANÁLISIS DEL CUADRO No. 7

Del 100% de las encuestas realizadas a usuarias del Hospital General de Chalco en relación al número de hijos el 69% tiene uno o dos hijos, seguido de un 20% con 3 a 4 hijos, con un 5% más de 4 hijos y ningún hijo, el 6%.

Del 100% de las usuarias encuestadas en el Hospital General "Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez de Xico", respecto al número de hijos el 69% tiene uno o dos hijos, seguido de un 20% con 3 a 4 hijos, con un 7% ninguno y el 4% más de 4 hijos.

Estos resultados muestran que se está modificando el patrón sumamente arraigado a la cultura mexicana, de iniciación temprana de la maternidad. La utilización de anticonceptivos para espaciar el nacimiento del primer al segundo hijo muestra una tendencia a incrementarse, aunque a un ritmo relativamente lento, en comparación con los grupos de paridades mayores.

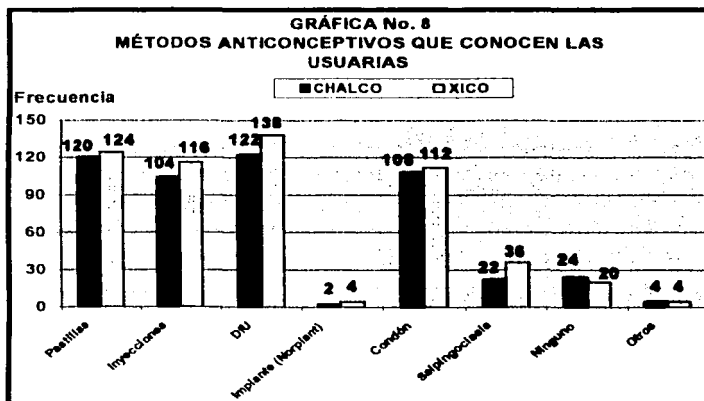
Las mujeres sin hijos registran un nivel bajo, lo que sugiere, a su vez, que existe una tendencia creciente a postergar su nacimiento.

CUADRO No. 8

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS QUE CONOCEN LAS USUARIAS
ENCUESTADAS, HOSPITAL GENERAL DE CHALCO Y XICO
ABRIL DEL 2003

Métodos que conoce	CHALCO			XICO		
	Si conoce	No conoce	Total	Si conoce	No conoce	Total
Pastillas	120	80	200	124	76	200
Inyecciones	104	96	200	116	84	200
DIU	122	78	200	138	62	200
Implante (Norplant)	2	198	200	4	196	200
Condón	108	92	200	112	88	200
Salpingoclasia	22	178	200	36	164	200
Ninguno	24	176	200	20	180	200
Otros	4	196	200	4	196	200

FUENTE: Misma del cuadro No. 1



FUENTE: CUADRO No. 8

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANÁLISIS DEL CUADRO No. 8

Referente a los métodos anticonceptivos que conocen las usuarias, en el Hospital General de Chalco, destaca en primer lugar el DIU, con 122 opiniones, 120 conocen las pastillas, 108 el condón y 104 las inyecciones.

El método más conocido por las usuarias del Hospital General de Xico, es el DIU, con 138 opiniones, 124 conocen las pastillas, seguido con 116 opiniones las inyecciones, y el condón con 112 opiniones.

Una gran proporción de mujeres en edad reproductiva conocen los métodos anticonceptivos.

Un conocimiento más amplio de la gama de métodos anticonceptivos disponibles en el sector salud ha favorecido que las mujeres encuentren opciones que más se adecuan a sus necesidades y características, propiciando con ello una mayor demanda de éste servicio.

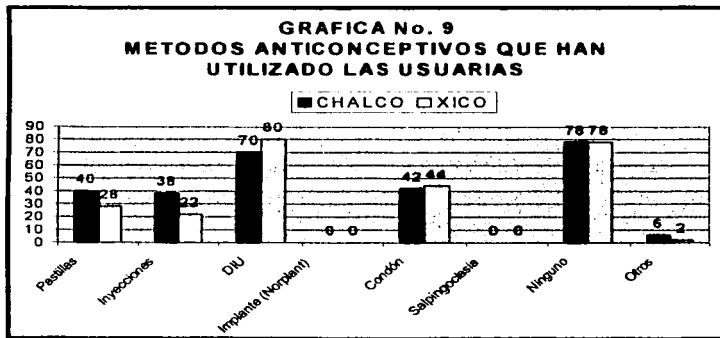
Además de ampliar el conocimiento sobre la diversidad de medidas de regulación, es necesario extender su difusión mediante la orientación-consejería entre los grupos que presentan elevados porcentajes de desconocimiento, como son las mujeres de baja escolaridad, las de ámbito rural, las adolescentes y las mujeres sin hijos.

CUADRO No. 9

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS QUE HAN UTILIZADO LAS USUARIAS ENCUESTADAS,
HOSPITAL GENERAL DE CHALCO Y XICO, ESTADO DE MÉXICO ABRIL DEL 2003

Métodos que han utilizado	CHALCO			XICO		
	Ha utilizado	No ha utilizado	Total	Ha utilizado	No ha utilizado	Total
Pastillas	40	160	200	28	172	200
Inyecciones	38	162	200	22	178	200
DIU	70	130	200	80	120	200
Implante (Norplant)	0	0	200	0	200	200
Condón	42	158	200	44	156	200
Salpingoclasia	0	0	200	0	200	200
Ninguno	78	122	200	78	122	200
Otros	8	194	200	2	198	200

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1



FUENTE: CUADRO No. 9

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANÁLISIS DEL CUADRO No. 9

De acuerdo a las opiniones de las usuarias del Hospital General de Chalco, con respecto a la utilización de métodos anticonceptivos, 70 han utilizado el DIU, 42 el condón, 40 las pastillas, 38 las inyecciones y 78 refieren no haber utilizado ningún método anticonceptivo.

Con referencia al método anticonceptivo utilizado por las usuarias del Hospital General de Xico, 80 refieren haber utilizado el DIU, 44 el condón, 28 las pastillas, 22 las inyecciones y 78 opinan no haber utilizado ningún método.

La mayoría de las mujeres expuestas a riesgo de embarazo que desean tener más hijos están utilizando el DIU, para posponer su próximo embarazo y posibilitar la disminución de los embarazos de alto riesgo obstétrico.

Lo anterior, también es el resultado de la propia orientación de los programas de planificación familiar los cuales promueven particularmente estos métodos.

El uso de métodos anticonceptivos se vincula al hecho de que la población mexicana se encuentra en una etapa relativamente avanzada del descenso de la fecundidad.

Sin embargo existe la llamada demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos, que se refiere al número de mujeres que no hacen uso de ninguno a pesar de su deseo expreso por limitar o espaciar los nacimientos.

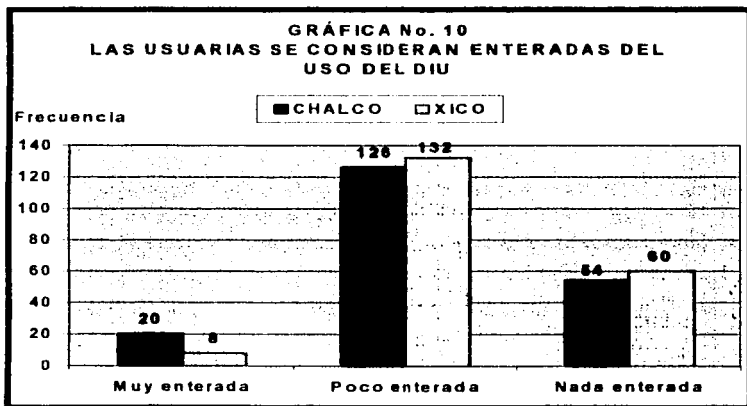
Abatir la demanda insatisfecha es uno de los desafíos más importantes de la política de población para propiciar la desaceleración del ritmo de crecimiento demográfico. A través de la promoción, educación, orientación, difusión de los métodos anticonceptivos.

CUADRO No. 10

SE CONSIDERAN ENTERADAS ACERCA DEL USO DEL DIU
 LAS USUARIAS ENCUESTADAS, HOSPITAL GENERAL CHALCO
 Y XICO, ESTADO DE MÉXICO, ABRIL DEL 2003

Se consideran enteradas del DIU	CHALCO		XICO	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Muy enterada	20	10	8	4
Poco enterada	126	63	132	66
Nada enterada	64	27	60	30
TOTAL	200	100	200	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1



FUENTE: CUADRO No. 10

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

ANÁLISIS DEL CUADRO No. 10

De acuerdo a la información que tienen las pacientes encuestadas en el Hospital General de Chalco, acerca del DIU, encontramos que el 63% se consideran poco enteradas, un 27% nada enterada y solo el 10% refirió estar muy enterada.

Respecto a la información obtenida de las encuesta aplicadas a las usuarias del Hospital General de Xico pudimos detectar que el 66% contestaron estar poco enteradas de éste método, y un 30% dice no estar nada enterada. El 4% refirió estar muy enteradas.

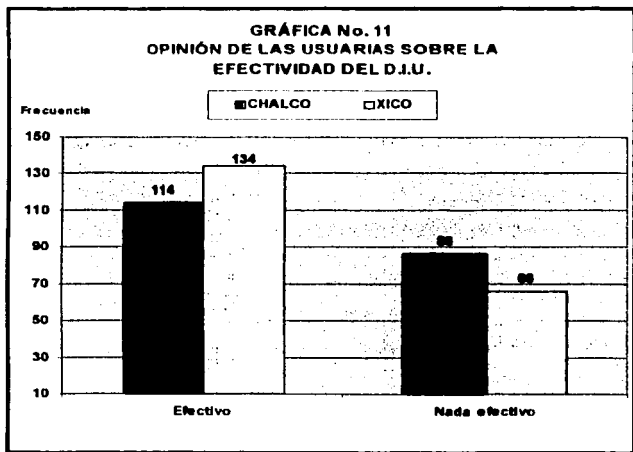
Los resultados anteriores nos sugieren que la orientación en planificación familiar con respecto al DIU, que tienen las usuarias, es limitado, por lo que se hace necesario ampliar ésta hacia las usuarias potenciales para aumentar el espacio intergenésico.

CUADRO No. 11

OPINIÓN DE LAS USUARIAS ENCUESTADAS SOBRE LA EFECTIVIDAD DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO D.I.U., HOSPITAL GENERAL DE CHALCO Y XICO, ESTADO DE MÉXICO, ABRIL DEL 2003

Efectividad del D.I.U.	CHALCO		XICO	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Efectivo	114	57	134	67
Nada efectivo	86	43	66	33
TOTAL	200	100	200	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1



FUENTE: CUADRO No. 11

FALLA DE ORIGEN

ANÁLISIS DEL CUADRO No. 11

Con respecto a la efectividad de éste método las usuarias del hospital de Chalco consideran que sí es efectivo con un 57% y en relación a las pacientes que consideran que no es efectivo fue el 43%.

Como se puede observar, del 67% de las usuarias de Xico, consideran que sí es efectivo éste método y el otro 33% no lo considera así.

En relación al conocimiento que tienen respecto a la efectividad del DIU ambas pacientes, tanto en Chalco como en Xico, observamos que lo consideran efectivo, por lo que la decisión de usar éste método debe apoyarse en la orientación-consejería, tarea que recae directamente en la enfermera.

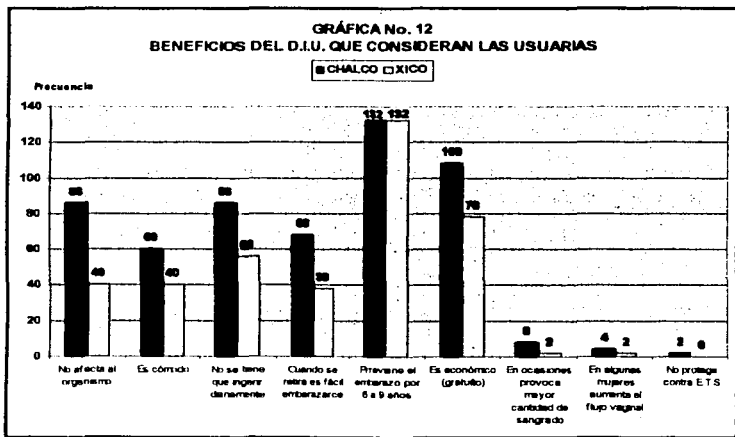
Por lo que puede resultar más fácil y más eficaz ofrecer la anticoncepción post-parto, mediante este método, a las mujeres que deseen tener más hijos, espaciando sus embarazos según vayan cambiando sus necesidades y requerimientos.

CUADRO No. 12

BENEFICIOS QUE CONSIDERAN RESPECTO AL MÉTODO ANTICONCEPTIVO D.I.U., LAS USUARIAS ENCUESTADAS, HOSPITAL GENERAL DE CHALCO Y XICO ESTADO DE MÉXICO, ABRIL DEL 2003

Beneficios del D.I.U.	CHALCO			XICO		
	Sí son beneficios	No son beneficios	Total	Sí son beneficios	No son beneficios	Total
No afecta al organismo	86	114	200	40	160	200
Es cómodo	60	140	200	40	160	200
No se tiene que ingerir diariamente	86	114	200	56	144	200
Cuando se retira es fácil embarazarse	66	132	200	38	162	200
Previene el embarazo por 6 a 9 años	132	68	200	132	68	200
Es económico (gratuito)	108	92	200	78	122	200

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1



TESIS CON
FAMILIA DE ORIGEN

FUENTE: CUADRO No. 12

ANÁLISIS DEL CUADRO No. 12

En relación a los beneficios que obtiene con éste método las usuarias del hospital de Chalco, 132 refirieron que un beneficio es que previene el embarazo por 6 a 9 años y 108 refieren que es económico y gratuito, 86 que no afecta el organismo y 86 que no se tiene que ingerir a diario, 68 que cuando se retira es fácil embarazarse.

Con respecto a los beneficios que obtienen del DIU como método de planificación, las usuarias del hospital de Xico 132 respondieron que el beneficio principal es que previene el embarazo, y 78 es económico (gratuito) con 56 dijeron que no se tiene que ingerir diario.

Para ambas usuarias de Chalco y Xico el DIU, resulta una alternativa para la mujer que desea llevar un control natal, lo que permite considerablemente la capacidad de ahorro, de acuerdo al tamaño de la familia (asociado con el grado de fecundidad), en la medida en que aumentan el espacio intergenésico. También le permite su desarrollo personal, el goce de su sexualidad y brindar atención de calidad a su familia por lo que la participación de enfermería es muy importante para proporcionar orientación-consejería sobre este método en el post-evento obstétrico.

CUADRO No. 13

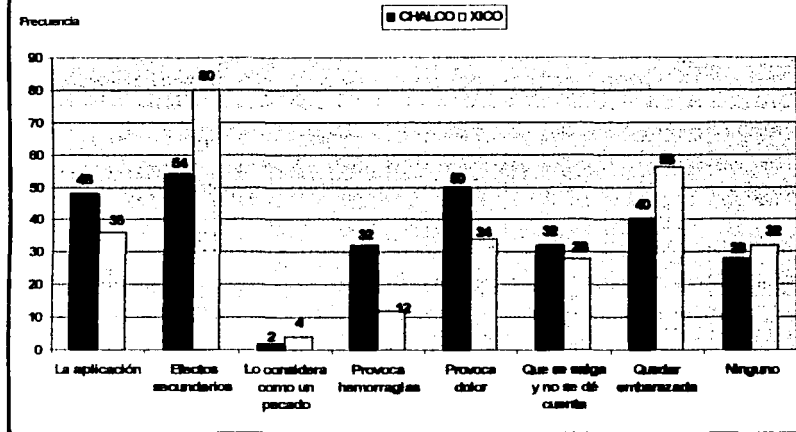
DUDA O TEMOR DE LAS USUARIAS ENCUESTADAS AL UTILIZAR EL DIU.
HOSPITAL GENERAL DE CHALCO Y XICO, ESTADO DE MÉXICO, ABRIL DEL 2003

Le causa duda o temor utilizar el D.I.U.	CHALCO			XICO		
	Le causa duda o temor	No le causa duda o temor	Total	Le causa duda o temor	No le causa duda o temor	Total
La aplicación Efectos secundarios	48	152	200	36	164	200
como un pecado	54	146	200	80	120	200
Provoca hemorragias	2	198	200	4	196	200
Provoca dolor	32	168	200	12	188	200
Que se salga y no se dé cuenta	50	150	200	34	166	200
Quedar embarazada	32	168	200	28	172	200
Ninguno	40	160	200	56	144	200
	28	172	200	32	168	200

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA No. 13
DUDA O TEMOR DE LAS USUARIAS AL UTILIZAR EL DIU



FUENTE: CUADRO No. 13

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANÁLISIS DEL CUADRO No. 13

De acuerdo a duda o temor para utilizar el DIU, las usuarias del hospital de Chalco 54 refirieron tener temor a efectos secundarios, y 50 opiniones dicen que provoca dolor y 48 dicen que tiene miedo a la aplicación 40 temen quedar embarazadas con el DIU.

En las usuarias del hospital de Xico, 80 dice tener temor a efectos secundarios si utiliza el DIU, y 56 tiene temor a quedar embarazada y con 36 opiniones tiene temor a la aplicación del mismo, continuando con 34 refiere que provoca dolor.

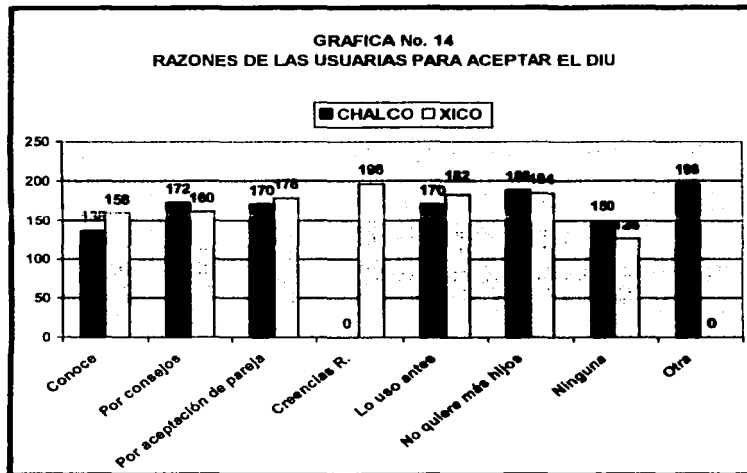
Por lo tanto corresponde al personal de enfermería ofrecer orientación-consejería para conocer el origen e ideología de estos temores, y disminuir en las usuarias sus dudas con respecto a la utilización del DIU, mediante una explicación con un lenguaje claro, sencillo y conciso, sobre todo lo que la usuaria quiere saber, en un contexto de absoluto respeto, y al ofrecer éste abanico de conocimientos ella pueda elegir libre y voluntariamente el uso de éste, como método de planificación familiar.

CUADRO No. 14

**RAZONES DE LAS USUARIAS PARA ACEPTAR EL DIU,
HOSPITAL GENERAL CHALCO Y XICO, ESTADO DE MEXICO,
ABRIL DEL 2003**

Razones para no utilizar el DIU	CHALCO			XICO		
	Aceptan	No aceptan	Total	Aceptan	No aceptan	Total
Conoce que es	136	64	200	158	42	200
Por consejos familiares	172	28	200	160	40	200
Por aceptación de la pareja del método	170	30	200	178	22	200
No influye con sus creencias religiosas	0	0	200	196	4	200
Lo uso anteriormente y la protegió	170	30	200	182	18	200
Porque no quiere más hijos	188	12	200	184	16	200
Ninguna	150	50	200	126	74	200
Otra	196	4	200	0	0	200

FUENTE: Misma del cuadro No. 1



FUENTE: CUADRO No. 14

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANÁLISIS DEL CUADRO No. 14

Dentro de las encuestas aplicadas en el H. G. Chalco se observa que las 3 principales razones para aceptar o utilizar el DIU son: en primer lugar por que no desean tener más hijos con 188 opiniones, en segundo lugar con 172 nos dicen que lo usarían por consejos familiares y en tercer lugar por que ya lo usaron y las protegió con 170 opiniones.

Por otro lado en el H. G. Xico las posiciones cambian, aunque coinciden en dos opiniones, pues en primer lugar con 196 opiniones lo usarían por que no influye con sus creencias religiosas, en segundo lugar por que no desean tener más hijos con 184 opiniones y en tercer lugar por que ya lo usaron anteriormente y las protegió con 182 opiniones.

Por tal, consideramos que en ambos Hospitales las opiniones empatan en dos de las tres principales razones para usar el DIU, lo cual nos indica que realmente desean espaciar o limitar sus embarazos, y el hecho de que el uso del DIU, no influya con sus creencias religiosas es importante desde el punto de vista moral para ellas. Además desde la visión familiar ellas sentirían más seguridad si sus familiares les aconsejaran usar el método; y lo más importante, es que al haber usado el método con buenos resultados, ellas volverían a usarlo, con más experiencia y seguridad de uso. Impidiendo así que factores como: las formas de vida, sentimientos, salud, economía, valores, percepciones, interfieran sobre su decisión para la elección del DIU como método anticonceptivo.

Es importante aclarar que de 400 encuestas aplicadas se recibieron 434 opiniones, es decir algunas de las encuestadas, tuvieron más de una opinión acerca de esta pregunta.

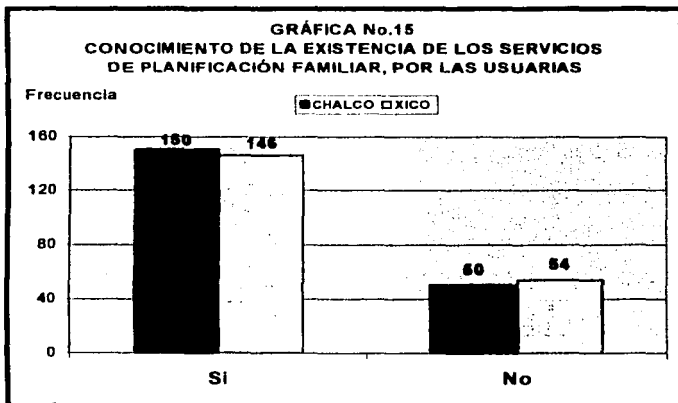
Finalmente creemos que al sensibilizar a las pacientes con orientación-consejería adecuada, se elevaría favorablemente la adopción del DIU, como método de control natal.

CUADRO No. 15

CONOCIMIENTO DE LA EXISTENCIA DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, POR LAS USUARIAS ENCUESTADAS, HOSPITAL GENERAL DE CHALCO Y XICO, ESTADO DE MÉXICO, ABRIL DEL 2003

Conocen	CHALCO		XICO	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
SI	150	75	146	73
No	50	25	54	27
TOTAL	200	100	200	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1



FUENTE: CUADRO No. 15

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANÁLISIS DEL CUADROS No. 15

Considerando los resultados obtenidos por encuestas aplicadas a usuarias del H. G. Chalco podemos observar que el 75% de las pacientes en el post-evento obstétrico saben y tienen conocimiento de la existencia de los servicios de planificación familiar y que son gratuitos y sólo el 25% dijo no tener conocimiento de su existencia.

Por otro lado sin mayor diferencia las usuarias del H. G. Xico, refieren en un 73% conocer dichos servicios y únicamente el 27% no tienen conocimiento de la existencia de dichos servicios.

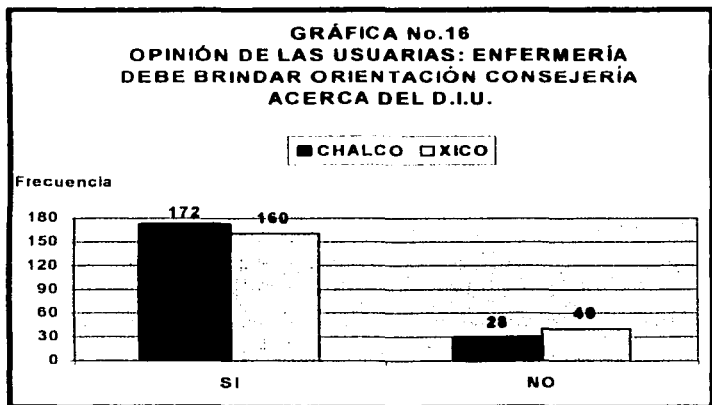
Con lo cual nos damos cuenta en suma que en ambos Hospitales, conocen y saben de la existencia de los servicios de planificación familiar, y aún siendo de manera gratuita, no acuden a solicitar información y orientación. Lo cual nos permite suponer, que son las características, sociales, culturales que rodean a una mujer, las que influyen de manera importante para la toma de decisiones en materia reproductiva, en donde los mitos, experiencias y creencias interfieren en su decisión. Lo que les impide una mejor cultura de salud.

CUADRO No. 16

OPINIÓN DE LAS USUARIAS ENCUESTADAS SOBRE SI ENFERMERIA DEBE BRINDAR ORIENTACION CONSEJERIA ACERCA DEL D.I.U., HOSPITAL GENERAL DE CHALCO Y XICO, ESTADO DE MEXICO ABRIL DEL 2003

Opinión	CHALCO		XICO	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Si	172	86	160	80
No	28	14	40	20
Total	200	100	200	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1



FUENTE: CUADRO No. 16

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ANÁLISIS DEL CUADRO No. 16

En relación con la opinión de la paciente, si considera que la enfermera es la que debe dar orientación-consejería acerca del DIU, se aprecia en el cuadro que en el H. G. Chalco el 86% considera que la enfermera es la indicada para ello y el 14% comenta que es mejor el médico ginecólogo o la trabajadora social.

De igual forma se aprecia claramente que en el H. G. Xico sucede así, ya que el 80% opinan que es la enfermera la persona más indicada para informarles y orientarlas y el 20% prefieren recibir información del médico ginecólogo.

En conclusión en ambas Instituciones Chalco-Xico, se hace patente la preferencia de las pacientes, ya que al integrar las encuestas el 83% opina que la enfermera es la persona más adecuada para brindar orientación-consejería, argumentando en la pregunta abierta que la prefieren a ella porque es la persona que pasa más tiempo y está en contacto con ella, comentan también que por ser un gremio de mujeres en su mayoría las entiende mejor y que esto permite que la enfermera explique mejor y de manera más clara y acorde a lo que ellas necesitan saber. Y sólo el 27% no lo considera así.

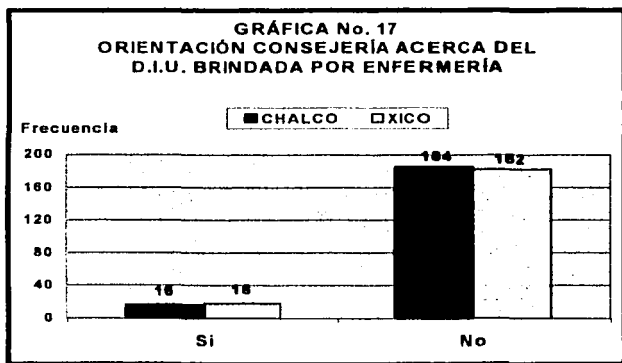
Por lo que puede afirmarse que el personal de enfermería por su labor educativa, recreativa y laboral reúne muchas condiciones que le permiten un mayor contacto con la paciente interesada en la adopción de un método de control. Y que como profesionista sirve a la mujer en procesos tan íntimos, como lo es el uso de DIU, con actitud comprensiva de sus circunstancias, con profundo respeto a su dignidad y a sus derechos fundamentales y con especial reconocimiento del esfuerzo por una vida sexual saludable.

CUADRO No 17

ORIENTACIÓN CONSEJERÍA QUE BRINDO ENFERMERÍA ACERCA DEL D.I.U. A LAS USUARIAS ENCUESTADAS, HOSPITAL GENERAL DE CHALCO Y XICO, ESTADO DE MÉXICO ABRIL DEL 2003

Recibió Orientación Consejería	CHALCO		XICO	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Si	16	8	18	9
No	184	92	182	91
Total	200	100	200	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1



FUENTE: CUADRO No. 17

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ANÁLISIS DEL CUADRO No. 17

En cuanto a la pregunta 17 si la enfermera le brinda orientación-consejería a las usuarias del H. G. Chalco refieren, y lo cual es preocupante que un 92% no ha recibido, ni recibió información referente al DIU y sólo un 8% comenta haber recibido orientación e información mínima, en donde como veremos en el cuadro siguiente, la califican como buena, regular y mala.

De la misma manera en el H. G. Xico encontramos datos similares donde el 91% afirma no haber recibido ninguna clase de orientación-consejería acerca de algún método de planificación familiar y sólo un 9% dice haberla recibido.

Tomando en cuenta que dentro de las instituciones Chalco-Xico en sus diferentes programas de salud, al profesional de enfermería le corresponde muchas veces ser el puente de enlace entre la solicitud de un servicio y la prestación de la atención, donde actúa como motivador, informador, educador y consejero, consideramos de gran importancia la oportunidad que la enfermera tiene al contacto con las pacientes desde el ingreso, post-evento y hasta su egreso para proporcionar orientación-consejería para la adopción con conocimiento informado, del DIU como método anticonceptivo.

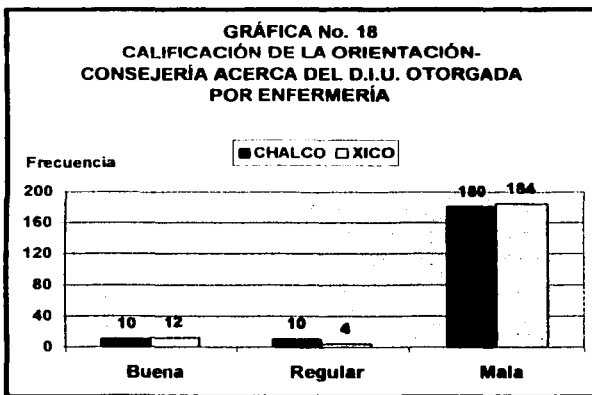
Oportunidad que resalta la importancia de la participación del personal de enfermería como consejera y cuyo objetivo final, es el evitar riesgos a la salud reproductiva de la mujer.

CUADRO No 18

COMO CALIFICAN LAS USUARIAS ENCUESTADAS LA ORIENTACIÓN
 CONSEJERÍA OTORGADA POR ENFERMERÍA ACERCA DEL D.I.U.
 HOSPITAL GENERAL DE CHALCO Y XICO ESTADO DE MÉXICO
 ABRIL DEL 2003

Calificación	CHALCO		XICO	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Buena	10	5	12	6
Regular	10	5	4	2
Mala	180	90	184	92
Total	200	100	200	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1



FUENTE: CUADRO No. 18

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

ANÁLISIS DEL CUADRO No. 18

Dentro de la cédulas aplicadas al preguntar como califica la orientación-consejería que recibió de la Enfermera en el H. G. Chalco, el 90% la considera que fue mala al relacionarla con la pregunta 17 en dónde la mayoría no se le proporciono ninguna información acerca del DIU, y aunque a las que si recibieron información les pareció que fue buena y regular en un 5% respectivamente.

En lo que respecta a las usuarias del H. G. Xico ellas también opinan en un 92% que fue mala y sólo 8% y 2% la califican como buena y regular respectivamente, esto en cuanto a las que si recibieron orientación-consejería por parte de la enfermera.

Se observa por lo tanto que no existen deferencias significativas entre Chalco- Xico, ya que el 91% en suma califica como mala la orientación-consejería por parte de enfermería, debido a que no recibieron orientación e información acerca de los métodos de planificación familiar.

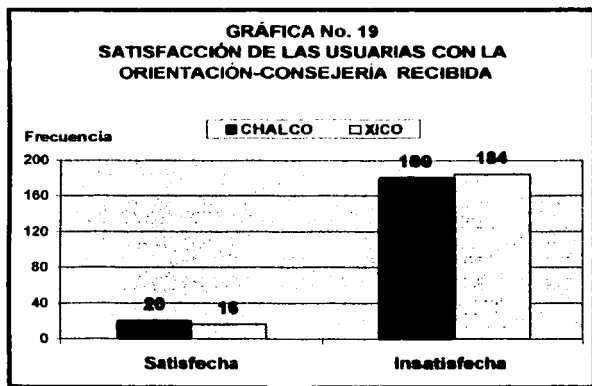
Esta situación nos da cuenta de como la falta de formación de recursos, así como la actitud del personal, ante la tarea de proporcionar información influyen para esta situación, además nos permite ver las oportunidades perdidas por los profesionales de enfermería para la orientación-consejería en el post-evento obstétrico y las implicaciones que esto significa en la salud reproductiva de la mujer.

CUADRO No 19

SATISFACCIÓN DE LAS USUARIAS, EN RELACIÓN CON LA ORIENTACIÓN
 CONSEJERÍA QUE BRINDO ENFERMERÍA RESPECTO AL D.I.U, GENERAL
 DE CHALCO Y XICO, ESTADO DE MÉXICO, ABRIL 2003

Satisfacción con la orientación recibida	CHALCO		XICO	
	No. De usuarias	%	No. De usuarias	%
Satisfecha	20	10	16	8
Insatisfecha	180	90	184	92
Total	200	100	200	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1



FUENTE: CUADRO No. 19

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

ANÁLISIS DEL CUADRO No. 19

Referente a la satisfacción de las usuarias con respecto a la orientación-consejería de la enfermera, se permite apreciar en H. G. Chalco que el 90% se encuentra insatisfecha con la orientación y sólo 10% dice sentirse satisfecha con la información que le brindaron.

En H. G. Xico, el 92% dice sentirse insatisfecha y sólo 8% satisfecha siendo comparativamente entre ambos hospitales, diferencias insignificantes.

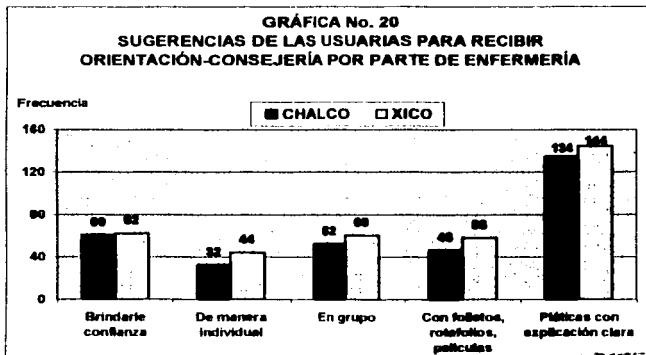
Se aprecia por lo tanto que en ambos Hospitales Chalco- Xico es proporcional el grado de insatisfacción y que concluyentemente el 91% no esta satisfecha con la orientación-consejería recibida, tomando en cuenta con relación a la pregunta 17, que el 91.5% no recibió ninguna información, lo que nos permite comentar que en ambas instituciones se esta descuidando el aspecto de orientar e informar, actividad que permite a la enfermera proporcionar a la paciente el conocimiento bien informado, para que este en condiciones de una toma de decisiones conveniente para ella y su pareja, que permita la aceptación del DIU como método de planificación familiar.

CUADRO No. 20

SUGERENCIAS DE LAS USUARIAS ENCUESTADAS PARA RECIBIR
ORIENTACIÓN-CONSEJERÍA POR PARTE DE ENFERMERÍA, RESPECTO AL D.I.U.
HOSPITAL GENERAL DE CHALCO Y XICO, ESTADO DE MÉXICO, ABRIL 2003.

Sugerencias	CHALCO			XICO		
	Prefieren	No prefieren	Total	Prefieren	No prefieren	Total
	Frecuencia	Frecuencia		Frecuencia	Frecuencia	
Brindarle confianza	60	140	200	62	138	200
De manera individual	32	168	200	44	156	200
En grupo	52	148	200	60	140	200
Con folletos rotafolios, películas	46	154	200	58	142	200
Pláticas con explicación clara	134	66	200	144	56	200

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1



FUENTE: CUADRO No. 20

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANÁLISIS DEL CUADRO No. 20

Referente a las fuentes de información de las 200 encuestas aplicadas a las pacientes, en el H. G. Chalco, con respecto a la manera que prefieren recibir orientación-consejería por parte de la enfermera, en primer lugar 134 opiniones dicen que una plática con explicación clara sería adecuada, en segundo lugar con 60 opiniones les gustaría que le brindaran confianza y en tercer lugar con 52 opiniones desearían que fuera en grupo, por último con 32 y 46 opiniones respectivamente prefieren que sea de manera individual y con folletos, rotafolios y películas.

Sin variar mucho en el H. G. Xico con 200 encuestas en primer lugar con 144 opiniones están a favor de la plática con explicación clara, en segundo lugar con 62 opiniones creen importante el brindarles confianza y en tercer lugar 60 opiniones apoyan que sea en grupo. Para culminar con 58 y 44 opiniones que prefieren que sea con folletos, rotafolios y películas, y de manera individual respectivamente.

Lo anterior demuestra que de 400 cédulas aplicadas en ambas Instituciones aunque con diferentes preferencias, existe en las pacientes necesidad de información, orientación-consejería, esto demuestra el interés por utilizar algún método de planificación y que para que ello se logre, como ellas lo sugieren deben de brindárseles pláticas con explicación clara, sin olvidar el brindarles confianza y abarcando a grupos, lo cual para ellas permite la retroalimentación.

Concluyendo, creemos particularmente, que los profesionales de enfermería para un mejor desempeño deberían contar con una buena capacitación en el conocimiento y uso de las técnicas de comunicación, ya que la labor educativa y de permanente contacto con las personas así lo exige; lo que significaría que la enfermera pueda brindar orientación-consejería a las pacientes la información mediante folletos, pláticas y en forma individual en cualquier parte y en cualquier momento, aprovechando la especial identificación y confianza que despierta, en las usuarias con posibilidades de adoptar el DIU como método anticonceptivo.

RESULTADOS

Con base a los resultados obtenidos en el periodo de enero – marzo del 2003 se encuestaron a 400 usuarias en el post-evento obstétrico en el Hospital General Chalco y Hospital General Xico, (200 en cada Institución), este equipo investigador observa los siguientes resultados:

Se logró el objetivo planteado al inicio de la presente investigación por lo que damos a conocer los resultados encontrados:

En su mayoría son adolescentes y adultas jóvenes sólo tienen preparación media básica, dedicadas al hogar, limitando su formación en unión libre, y profesan la religión católica.

Los métodos más solicitados por las mujeres fueron de un 60% el DIU, condón, pastillas y las inyecciones, y en un 40% no utilizó ninguno.

Una elevada proporción de las mujeres estudiadas en el post-evento obstétrico conocen y utilizan el DIU, como método de planificación familiar y comentan estar poco enteradas acerca de él, aun así lo consideran efectivo y piensan que el mayor beneficio que les ofrece es la anticoncepción por varios años y que es gratuito. Dicen temer a los efectos secundarios y que la principal razón para aceptarlo es que no desean tener más hijos. Están interesadas en evitar y, principalmente, posponer nuevos embarazos.

Un alto porcentaje tienen acceso a los servicios de salud, y saben que en ellos las pueden orientar sobre métodos anticonceptivos en forma gratuita, aún así, no solicitan éste servicio durante su estancia hospitalaria, opinan que el personal de enfermería es el más indicado para dar ésta información, ya que consideran que está capacitada, sin embargo la **mayoría comenta no haber recibido orientación-consejería** en planificación familiar, y las que si la recibieron quedaron insatisfechas con la información, ya que la califica como mala; lo que limita el conocimiento en lo que respecta a la toma de decisiones preconceptionales y en el cuidado pre y post-natal, lo que aumenta los daños a la salud, que se presentan en ésta etapa reproductiva, como son: embarazo, parto, puerperio y enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Un alto número de encuestadas opinaron que les gustaría que el personal de enfermería les otorgara confianza y les diera explicación clara en forma grupal sobre **orientación-consejería** en planificación familiar, para que la opinión y experiencia de otras usuarias les retroalimente.

Por lo tanto el personal de enfermería tiene la oportunidad de informar a la mujer en el post-evento obstétrico acerca del DIU e invitarla a que acuda ella sola o con su pareja a solicitar **orientación-consejería**, para estar en condiciones de una toma de decisiones de acuerdo a lo más conveniente para ella y disminuir el riesgo reproductivo.

Con base en lo anterior y a la investigación realizada detectamos que existen problemas que limitan la aceptación del DIU, como método de control natal en el post-evento obstétrico y que además hay una gran necesidad de información, también se concluye que cuando existe voluntad es posible atender a todas las mujeres que muestran interés en usar un método anticonceptivo.

CONCLUSIÓN

Como pasantes de la licenciatura en enfermería y dentro de nuestra experiencia laboral en el Hospital General de Chalco, en el Estado de México, Hospital de segundo nivel, de la SSA, donde se otorga atención a población abierta, nos dimos cuenta que un problema en el servicio de obstetricia (labor, expulsión y hospitalización), es el bajo porcentaje de mujeres que aceptaron que se les colocara el DIU, en el post-evento obstétrico, pues de 500 pacientes que acudieron para su atención en un periodo de tres meses (de enero a marzo del 2003), solo 50 aceptaron que se les colocara durante el puerperio inmediato, es decir el 95 % de ellas, egresaron sin haber aceptado el método.

Lo anterior motivó el propósito de este estudio "Importancia de enfermería en la orientación-consejería para la aceptación del DIU en el post-evento obstétrico." La cual es fundamental para la promoción del programa con la usuaria potencial.

Al iniciar este estudio, nos planteamos un gran reto, desarrollamos diversas actividades, gracias a ello, nos permitió cumplir con el objetivo que planteamos al iniciar la presente investigación comparativa: Evaluar el nivel de conocimientos de las pacientes en el post-evento obstétrico para la aceptación del DIU, de acuerdo a la orientación-consejería, que recibe del personal de enfermería en el Hospital General de Chalco y el Hospital General "Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez" de Valle de Chalco, Xico.

De acuerdo con la observación y los resultados obtenidos respecto a la orientación-consejería en planificación familiar acerca del DIU, podemos concluir que:

Se cuenta con pocos recursos, tiempo y capacitación, por lo tanto el personal de enfermería no está fácilmente disponible para atender las necesidades de estas mujeres, por un lado y por el otro no cuenta con mecanismos de respaldo (apoyo didáctico).

Si no se presta atención de calidad a nivel preventivo, es seguro que a la larga ello hará aumentar el volumen de trabajo en el área de obstetricia.

No existe difusión de los métodos de planificación familiar, ya que no se brindan pláticas o charlas sobre este tema a las pacientes dentro del servicio de obstetricia.

Las sesiones mensuales programadas por el Departamento de enfermería no incluyen esta temática, además existe desinterés del personal de enfermería por asistir a dichas sesiones y a cursos monograficos.

Es necesario elevar y mejorar el nivel de los servicios de planificación familiar, ya que esta etapa de la vida reproductiva de la mujer esta caracterizada por diferentes prioridades para la anticoncepción, así como la necesidad de información para comprender el uso de métodos anticonceptivos que no amenacen su fertilidad, las usuarias jóvenes son vulnerables y corren el riesgo de un embarazo no planificado.

Es en el post-evento obstétrico donde se tiene una oportunidad ideal para otorgar la orientación-consejería, tomando en cuenta el punto de vista, las necesidades particulares y la decisión de las usuarias, para recibir información exacta de los riesgos y las ventajas de los diferentes métodos anticonceptivos y asesorarla con empatía. En otras palabras debe ser elemental el reconocimiento de la libertad individual y el derecho a tener solo los hijos que se quieren y que se pueden mantener.

Es en este sentido como debe entenderse la paternidad y la maternidad responsable auxiliada por el derecho constitucional, para asegurar la supervivencia materna y no como el resultado de una imposición, dejando a un lado las necesidades de los trabajadores de la salud.

En lo que respecta a la Ética y la planificación familiar, enfermería puede ayudar a las usuarias a tomar sus decisiones con respecto al uso del método anticonceptivo DIU, por medio de la elección y el consentimiento informado, y asegurarse que tomen sus decisiones acerca de salud reproductiva.

Este trabajo se distingue por haber empleado a dos grupos homogéneos con las características demográficas similares de sexo, edad, estado civil, religión, escolaridad, ocupación, lo que hace que ambas muestras sean altamente comparables.

Características de la muestra: se encontró un predominio de adolescentes y adultas jóvenes en unión libre, con secundaria, religión católica, amas de casa, con uno o dos hijos y con conocimiento del DIU.

Su visión respecto a la anticoncepción se ve influenciada por sus esposos y familiares. Sin embargo si usarían el DIU como método de planificación familiar, porque piensan que es efectivo, y desean espaciar o limitar sus embarazos, las usuarias refieren que no se les da orientación-consejería, y están de acuerdo en que la enfermera es la más indicada para hacerlo, de preferencia con explicaciones claras. Además hay una gran necesidad de información sobre este tema por parte de las usuarias.

De los datos anteriores se desprende la importancia de ubicar la orientación-consejería para abordar la protección anticonceptiva, en el contexto social, cultural, económico religioso, demográfico, médico etc., desde un enfoque de la planificación familiar, para disminuir la morbi-mortalidad materna.

La sexualidad, la sociabilización de géneros, la comunicación de pareja, las relaciones sociales y normas culturales, todas ellas influyen en la salud sexual.

Para que la planificación familiar sea realmente efectiva, es necesario que la pareja tenga el conocimiento de todos los métodos posibles de control natal, estén a disposición y sean económicamente accesibles.

Durante el desarrollo de esta investigación un resultado inesperado de nuestro trabajo fue el que después de proporcionar orientación-consejería se obtuvo éxito al generar espacios de reflexión-discusión que dieron lugar a que las mujeres externaran con facilidad sus necesidades percibidas, así como la aceptación del DIU.

Simultáneamente como una aportación nuestra, se les entregó a las usuarias un tríptico con información referente al DIU, previa autorización de las autoridades de ambas instituciones.

Encontramos también algunas limitaciones que se pudieron franquear como por ejemplo:

Lo que respecta al tiempo de aprobación del proyecto para la aplicación de las encuestas, sin embargo este fue considerado por las autoridades como un elemento de reflexión y apoyo.

Otra limitación fue el hecho de que algunas pacientes rehusaron la aplicación de las encuestas, lo que propició un retraso en la recolección de datos.

En el Hospital General de Chalco no se contó con el DIU para su aplicación, durante el tiempo en que se aplicó el cuestionario, por lo tanto esto nos impidió conocer cuantas pacientes hubieran aceptado este método de control; lo anterior significó un sesgo para la investigación.

Consideramos que la presente investigación nos deja un gran aprendizaje personal, profesional y académico, así como una reflexión importante para el desempeño laboral, en relación a la atención de enfermería a las pacientes en el post-evento obstétrico.

Referente a los resultados obtenidos consideramos que propician una vía para dar continuidad a nuevos proyectos de investigación en enfermería, acerca de la orientación-consejería en planificación familiar.

En general, la orientación-consejería en planificación familiar es mínima en las instituciones de salud. En la consulta prenatal no existe un sistema promocional adecuado, y además, la mayoría de las pacientes acude solicitando atención en etapas avanzadas del trabajo de parto. Sólo en el puerperio inmediato se llega a desarrollar una acción débil de promoción. El material impreso para apoyar la aceptación del DIU en el post-parto es escaso e inespecífico.

SUGERENCIAS

Es recomendable que el servicio de Ginecobstetricia (consulta externa, urgencias, labor y hospitalización) del Hospital General de Chalco y Hospital General "Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez" de planificación familiar, a las mujeres atendidas en el post-evento obstétrico, en dónde enfermería encabece este equipo y lo lidere, en esta labor educativa.

De tal manera que las usuarias interesadas en usar algún método anticonceptivo, lo utilicen después de recibir orientación-consejería, con este fin, sería conveniente capacitar al personal que participa en la promoción y prestación de los servicios de planificación familiar. Mediante conferencias, talleres, pláticas, por lo tanto sugerimos:

1. La capacitación de los recursos humanos (personal de enfermería) para educar y aconsejar, facilitando así una decisión libre e informada por parte de la usuaria, dentro de la atención integral a la mujer.
2. Disponer y ofrecer una gama amplia de métodos de planificación familiar, incluyendo la vasectomía.
3. Un plan de coordinación con el personal médico y paramédico de los quirófanos para que las pacientes tengan oportunidad de realizarse la esterilización quirúrgica.
4. La elaboración de un formato de consentimiento informado, el cuál firme la usuaria y un testigo que ella elija de manera libre y voluntaria, para la aplicación del DIU o algún otro método que ella prefiera.
5. Que el Hospital General Chalco cuente con el recurso disponible DIU, o bien lo solicite, para su aplicación.
6. Pláticas grupales en el área de obstetricia a las mujeres en el post-evento obstétrico.

7. Una investigación profunda, sobre el conocimiento que tiene la enfermera en el área de obstetricia, sobre orientación-consejería en planificación familiar.

Sobre todo **sugerimos especialmente sensibilizar al personal de Enfermería** de ambas instituciones para que haga parte de su actividad cotidiana la orientación-consejería, considerando que es ella quién esta más cerca de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, por ello consideramos conveniente que sea el agente motivador para la toma de decisiones en Salud Reproductiva, no sin antes aclarar que es actividad y responsabilidad de todo el personal de salud.

Resulta imprescindible la elaboración de material impreso para la promoción específica del programa de anticoncepción post-parto, y sobre los beneficios de la atención prenatal y post-parto, para alcanzar un mejor impacto en la cobertura de planificación familiar en un grupo poblacional que es prioritario, y además se puede conseguir aumentar el espacio intergenésico.

BIBLIOGRAFÍA

- ARMADO** *Alegria, Juana.* "Mujer, Viento y Ventura", Editorial Diana, México, 1988.
- ASOCIATION FOR VOLUNTARY SURGICAL CONTRACEPTION (AVSC)** Internacional, Madison Avorne New York 10016 USA. 76 Pág.
- CANALES F.H., Alvarado E.L.,** *Metodología de la Investigación.* Manual para el desarrollo de personal de salud. Uthea Editores 305 Pág.
- COBOS GONZÁLEZ, RUBÉN.** *Introducción a las Ciencias Sociales I Primera Parte.* Editorial Porrúa, S.A. 1994. 205 pág.
- CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN (CONAPO).** *Colección de Cuadernos de Salud Reproductiva.* México, 1999.
- CONAPO.** *Encuesta Nacional y estimaciones.* Encuestas Sociodemográficas, México, 1976-2000.
- CONAPO.** *Estadísticas de SSA. IMSS. ISSSTE.* 1999.
- CONAPO.** <http://www.conapo.gob.mx/publicacioneslinea/sit2000/c02/c02-1.gif>
- CONAPO** *Informe de avances del Programa Nacional de Población 1989-1994* Secretaría de Salud, 227 Pág.
- CONAPO.** *La Población de México en el Nuevo Siglo.* Informe_sobre Avances del Programa Nacional de Población, México 1984-1994.
- CONAPO.** *Tasa de crecimiento natural y total de la población. 1960-2000.* 2000.
- CONAPO.** *Tasa global de fecundidad. Encuestas Sociodemográficas y estimación 1970-2000.* 2000.

CONAPO. *Venticinco años de Planificación Familiar en México...* 1999.

<http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/1999/PDF/99014.pdf> , 203 pág.

CUADERNO Estadístico Municipal. INEGI/HG-Chalco. *Datos demográficos* .1996.

DE FÁTIMA PALACIO, FRANCIA. *La consejería en los programas de planificación familiar*, 1996 <http://tone.udea.edu.co/revista/sep96/consejer.html>

DICCIONARIO Enciclopédico Quillet. Editorial Grolier Vol. 1V.430 Pág.

DICCIONARIO de Medicina Océano Mosby .Grupo Editorial Océano. 1504 Pág.

DICCIONARIO del español actual. Vol. 1-3. Ediciones Grijalvo, S.A. Barcelona. 1988, 1071 pág.

DIRECCIÓN General de Planificación Familiar. *"Boletín, de la Subsecretaría de Servicios de Salud"*, 2ª. Edición, México, SSA, 1994.

DIRECCIÓN General de Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal. Dirección De Enseñanza e Investigación. Subdirección de Investigación. Departamento de Investigación Aplicada. *Instructivo para la Aceptación, Revisión y Dictamen de Protocolos de Investigación* México 1886.

DIRECCIÓN de Servicios de Salud del D.D.F. Dirección de Enseñanza e Investigación. *Manual de Información Básica para la elaboración de Protocolos de Investigación*, México 1995. 31 Pág.

E. N. E. O. Programa académico: *Gula para el servicio social y opciones de titulación*. Revisión Lic. Carolina Solís Guzmán. México 2002. 154 Pág.

FACULTAD de Estudios Superiores Zaragoza. Comité de Investigación. *Formato para la presentación de proyectos de Investigación*. México 2002. 152 Pág.

FAMILY HEALTH INTERNATIONAL. *Calidad de la atención.* En: Network. Vol. 19, No. 4. Octubre 1993.

GRUPO EDITORIAL OCÉANO. *Antropología* Volumen 6. Enciclopedia Autodidáctica Océano 2208 pág.

GRUPO EDITORIAL OCÉANO. *Enciclopedia de la Enfermería. Materno-Infantil.* Vol. 4, editorial Océano/centrum. 1203 pág.

<http://www.insp.mx/salud/34/341-2s.html>. *Avances recientes en anticoncepción y planificación* Vol. 34 No. 1.

http://www.infomed.sld.cu/revistas/mgi/vol17_4_01/mgi10401.htm *Consideraciones sobre planificación familiar: métodos ...*

http://www.who.int/reproductive-health/publications/Spanish_HRP_ITT_96_1/Spanish_HRP_ITT_96_4.en.html
Diagnóstico cualitativo de la atención en salud reproductiva en ...

http://www.erc.msh.org/fpmh_spanish/chp4/vineta_1.html. *Selección y orientación de personal*

<http://www.tone.udea.edu.co/revista/sep96/conser.html>. *La consejería en los programas de planificación familiar.*

http://www.lppf.org/medical/imap/statemets/esp/pdf/1994_a.pdf. *Declaración sobre consejería anticonceptiva ...*

<http://www.universidadabierta.edu.mx/Biblio/M/Macin%20Martha-Aborto.htm> *Universidad Abierta*

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS). Bases Generales de las *Actividades de Educación para la Salud Reproductiva*, Dirección de Prestaciones Médicas, y Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil, México, D.F. 71 Pág.

IMSS. COORDINACIÓN DE SALUD REPRODUCTIVA Y MATERNO INFANTIL. *Contenido de Apoyo para la Capacitación sobre Consejería en Salud Reproductiva.*, México, 1999, Temas 1 al 17.

IMSS. *Gula para la Obtención del Consentimiento Informado en Planificación Familiar.* 15 Pág.

IMSS e ISSSTE. *Manual de Anticoncepción*, México, 1999.

IMSS. *Manual de Ginecología y Obstetricia*, México, 1995.

IMSS. *Manual Operativo de Planificación Familiar*, México, 1995.

INAN-FENUAP. *Normas y programas de Planificación Familiar*, 1995.

INSTITUTO DE SALUD EN EL ESTADO DE MÉXICO. *Manual de organización del Departamento de Enfermería*, Hospital General de Chalco y Hospital General de Xico, México, 2001.

JUNTA DE ANDALUCÍA. *Consejería de Salud. "Guía de consulta de Enfermería en Atención Primaria de la salud"*. Edita Distrito Sanitario. Impresión Tecnographic, S.L. Sevilla, España.

LADI LONDOÑO, MARÍA, *La Sexualidad Femenina como Factor de Cambio Social*, en El problema es la norma, enfoques liberadores sobre sexualidad y humanismo, Cali, Colombia, 1989, ediciones Prensa Colombiana, 347 pág.

NETWORK FAMILY HEALTH INTERNATIONAL. *"Calidad de la Atención"*. Vol. 19, No.4. USA, 1993.

NOTTER, Ross H.J *Principios de la Investigación en Enfermería*. Edita Doyma España 1992. Significado y propósito de la investigación. 221 Pág.

NT. PLANIFICACIÓN. *La historia el consentimiento informado*,
<http://www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/ntplanif.htm>

PÉREZ Palacios, Gregorio. Et al., *Maternidad Saludable y sin Riesgo en:* Secretaría de Salud, Dirección General De salud Reproductiva, Editorial. SSA, México, 2000; 509 Pág.

PLATA, María Isabel y YANUZOVA, María. *Los derechos Humanos y la convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer* Pro familia - Servicio de Consultoría Jurídica Familiar. 1979

PODER EJECUTIVO FEDERAL. Programa de Reforma del Sector Salud. *Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar*, México, 1995-2000, 1995, 80 pág.

POPULATION REPORTS. *La importancia de la orientación individual.* Programas de Planificación Familiar Serie 1. Número 35.

POPULATION REPORTS. *Guía de orientación ACCEDA*
<http://www.jhuccp.org/pr/pr/sj48edsum.shtml> , Series J, ...

POPULATION REPORTS. *Guía de Orientación individual* Serie 1. Número 36, Publicado en inglés. Traducido al español Serie 1 Número 35 Marzo 1989.

PORTER, Jr. Cedric. W. Y Waife, Holtrop. *Manual de Anticoncepción para el personal de salud. Edición Internacional.* The Pathfinder Fundation. 1986.

POSTABORTION CARE CONSORTIUM COMMUNITY TASK FORCE. *Elementos Esenciales de Atención Postaborto: Un modelo desarrollado y actualizado*, (Comisión Especial de Comunidad del Consorcio Atención Postaborto. "APA en Acción # 2 Suplemento Especial," septiembre 2002.

PRIMERA REUNIÓN sobre consejería en servicios de anticoncepción. "Recomendaciones adoptadas" Sao Paulo, Brasil, 1985.

PROGRAMA NACIONAL DE POBLACIÓN. *Informe de Avances de 1989-1994.* 1994, pág. 105.

READERS DIGEST. División de Libros en Lengua Castellana *Hablar y escribir bien.* La Llave del Éxito. México, DF. 1999, 368 Pág.

RECOMENDACIONES adoptadas por la Primera Reunión sobre Consejería en Servicios de Anticoncepción. Sao Paulo, 1985.

REVISTA TIME de Julio. "El Council of Economic Adviser", de julio, 1998.

R.L; TIMOTHY, Harvey. Phillip. D. "La distribución comercial de anticonceptivos", México. D.F., editorial Garnica, 1981.

SALUD PÚBLICA DE MÉXICO. "La práctica de la anticoncepción post-parto en hospitales del D.F." Vol.34. Nov. 1, México, 1992.

SALVAT, Manuel. *Bibliografía Salvat de grandes temas*, México, D.F. 1985.

SECRETARÍA DE SALUD. *Avances y perspectivas del programa de Planificación Familiar*, México, 1989-1990.

SSA. "Boletín de la Subsecretaría de Servicios de Salud", Dirección General de Planificación Familiar, 2ª Edición, México, DF, 1994.

SSA. *Dispositivo Intrauterino*, 1999, p. 59-60.

SSA. *Manual de anticoncepción para el personal de salud*, México, 2000, 365 pág.

SSA. *Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar*, 1994, 66 Pág.

SSA. *Planificación Familiar en el contexto de la salud reproductiva*, México, 1999.

SERVICIOS DE SALUD de Bogotá Colombia. División de Atención Médica. "Últimos avances en anticoncepción" - Memorias- Sección Materno-infantil, 1998.

SEXO & SALUD: *Métodos anticonceptivos... La anticoncepción en la historia..*

<http://www.sos-sexo.com.ar/sexoysalud/anticonceptivos.htm>

TAMAYO TAMAYO, M. *El proceso de la investigación científica* 3ª edición, Limusa, México, 1997, 231 Pág.

UNAM, ENEO. SUA. *Estadística*. Enero, 1999, 468 Pág.

UNAM, ENEO. *Seminario de Tesis*. 4ª Reimpresión, Febrero del 2000, 248 Pág.

A N E X O S

ANEXO 1
Cuestionario

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
SUA
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA

CÉDULA QUE SE APLICARÁ A LAS PACIENTES EN EL POST-EVENTO OBSTÉTRICO EN LOS
INSTITUCIONES DE SALUD

Buenos días, somos pasantes de la licenciatura de enfermería y venimos de la E.N.E.O.

OBJETIVO: Este equipo de investigación pretende detectar la importancia de la orientación-consejería por parte del personal de enfermería para la aceptación del DIU, como método de planificación familiar, en el post-evento obstétrico, mediante un estudio descriptivo-comparativo.

Su opinión es muy importante mucho le agradeceríamos que nos conteste las siguientes preguntas.

La información obtenida de esta cédula es de carácter confidencial y aspectos de investigación.

Instrucciones: Coloque una letra "x" sobre la línea de la respuesta que usted considere correcta. Añote con letra de molde sobre la línea lo que se le pide.

DATOS GENERALES.

1.- EDAD

1.- 16-20 años ___ 2.- 21-25 años ___ 3.- 26-30 años ___ 4.- 31-35 ___ 5.- + 36 años ___

2. ESTADO CIVIL

1.- Soltera ___ 2.- Casada ___ 3.- Unión Libre ___ 4.- Otros ___

3. RELIGIÓN

1.- Católica ___ 2.- Cristiana ___ 3.- Testigo de Jehová ___ 4.- Otra ___

4. ESCOLARIDAD

1.- Primaria ___ 2.- Primaria incompleta ___ 3.- secundaria ___ 4.- Bachillerato ___ 5.- Técnica ___ 6.- Profesional ___ 7.- Ninguna ___

5. OCUPACIÓN

1.- Estudiante ___ 2.- Empleada ___ 3. Ama de casa ___ 4.- Profesionista ___ 6.- Otras ___

6. LUGAR DE RESIDENCIA

1.- D.F. ___ 2.- Estado de México ___ 3.- Provincia ___

7. NÚMERO DE HIJOS

1.- Ninguno ___ 2.- 1- 2 Hijos ___ 3.- 3-4 Hijos ___ 4.- Más de 4 ___

DATOS ESPECÍFICOS

8.- ¿CUÁL DE ESTOS METODOS CONOCE?

- 1.- Pastillas
- 2.- Inyecciones
- 3.- Dispositivo Intrauterino (DIU)
- 4.- Implante (Nortplant)
- 5.- Condón (Preservativo)
- 6.- Salpingoclasia (Ligadura de trompas)
- 7.- Ninguna
- 8.- Otros ¿Cuál? _____

9. ¿DE ESTOS METODOS CUÁL HA UTILIZADO?

- 1.- Pastillas
- 2.- Inyecciones
- 3.- Dispositivo Intrauterino (DIU)
- 4.- Implante (Nortplant)
- 5.- Condón (preservativo)
- 6.- Salpingoclasia (Ligadura de trompas)
- 7.- Ninguna
- 8.- Otros ¿Cuál? _____

10. ¿ACERCA DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO QUÉ TANTO CONSIDERA QUE ESTA ENTERADA?

- 1.- Muy enterada _____ 2.- Poco enterada _____ 3.- Nada enterada _____

11. ¿Y CÓMO EVALUARÍA LA EFECTIVIDAD DE ÉSTE MÉTODO DE ACUERDO AL CONOCIMIENTO QUE TIENE USTED DE ÉL?

- 1.- Efectivo _____ 2.- Nada efectivo _____

12. HABLANDO DE BENEFICIOS DEL DIU ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES SON BENEFICIOS PARA USTED?

- 1. No afecta el organismo
- 2. Es cómodo
- 3. No se tiene que ingerir diariamente
- 4. Cuando se retira es fácil de embarazarse
- 5. Previene el embarazo por 6 a 9 años
- 6. Es económico (gratis)

13. ¿QUÉ LE OCASIONA DUDA O TEMOR?

- 1. La aplicación
- 2. Efectos secundarios (irritación, provoca abortos, provoca cáncer, niños deformados)
- 3. Lo considera como un pecado
- 4. Provoca hemorragia
- 5. Provoca dolor
- 6. Que se saiga y no se de cuenta
- 7. Quedar embarazada

14. ¿POR QUÉ RAZONES USTED ACEPTARÍA EL DIU?

- 1. Conoce que es
- 2. Por consejos familiares
- 3. Por aceptación de la pareja al método
- 4. No influye con sus creencias religiosas
- 5. Lo uso anteriormente y la protegí
- 6. Por que no quiere tener más hijos

15. ¿SABE USTED QUÉ LOS SERVICIOS DE SALUD LE PUEDEN ORIENTAR SOBRE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y QUE EL SERVICIO ES GRATUITO?

1. Si _____ 2. No _____

16. ¿EN SU OPINIÓN CONSIDERA QUE LA ENFERMERA ES QUIEN DEBE DE DAR INFORMACIÓN (ORIENTACIÓN -CONSEJERÍA) ACERCA DEL DIU?

1. Si _____ 2. No _____ ¿Porqué?
-

17. ¿LE BRINDÓ INFORMACIÓN (ORIENTACIÓN-CONSEJERÍA) LA ENFERMERA ACERCA DEL DIU?

1. Si _____ 2. No _____

18. ¿CÓMO CALIFICARÍA LA INFORMACIÓN (ORIENTACIÓN-CONSEJERÍA) QUE RECIBIÓ DE LA ENFERMERA?

1. Buena _____ 2. Regular _____ 3. Mala _____

19. ¿QUÉ TAN SATISFECHA ESTA USTED CON LA ORIENTACIÓN-CONSEJERÍA QUE RECIBIÓ DE LA ENFERMERA?

1. Satisfecha _____ 2. Insatisfecha _____

20. ¿CÓMO LE GUSTARÍA A USTED QUE LA ENFERMERA LE BRINDARA ORIENTACIÓN CONSEJERÍA ACERCA DEL DIU?

- 1. Brindar confianza
- 2. De manera individual
- 3. En grupo
- 4. Con folletos, rota folios, películas
- 5. Pláticas con explicación clara

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

ANEXO 4

Glosario de Términos

Asequible: Adj. Que puede lograrse o alcanzarse.

Axioma: Proposición a la que se asigna, convencionalmente, valor de verdad.

Coacción: Fuerza o violencia física, psíquica o moral ejercida sobre una persona para obligarla a decir o hacer una cosa.

Coercer: Reprimir, moderar.

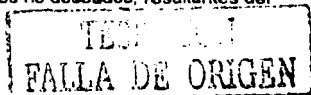
Creencia: Proposición simple, consciente o inconsciente, inferida de lo que una persona dice o hace. El contenido de una creencia puede descubrir un objeto o situación como verdadero o falso, valorarlo como bueno o malo, o recomendar un determinado curso de acción: La creencia es capaz de despertar afectos de interés variable hacia el objeto en que se cree, hacia individuos o grupos que toman posición con respecto a esta.

Culto religioso: Conjunto de creencias o Dogma religioso.

Decisión informada: Proceso que requiere de la aclaración y análisis de las expectativas reproductivas del usuario de los servicios desde su perspectiva personal.

Desarrollo socioeconómico sostenido, equitativo y sustentable: Situación de un país o área geográfica que alcanza unas cotas comparativamente elevadas de productividad económica, bienestar social de los bienes y servicios ofrecidos al proveer lo necesario de forma continuada en correspondencia de condiciones de igualdad.

Efectos colaterales o secundarios: Posibles molestias o efectos no deseados, resultantes del uso de un medicamento, procedimiento o tratamiento.



Enfermedad Inflamatoria Pélvica: Síndrome clínico, que se transmite sexualmente y que puede llegar a afectar el útero, trompas de Falopio, ovarios, peritoneo o estructuras adyacentes, o cualquier extensión a partir de estos órganos. Y puede ser secundaria a difusión hacia arriba de diversas bacterias introducidas en las vías genitales bajas, de sintomatología notablemente mínima.

Enfermedad de Transmisión Sexual: Tipo de infecciones contagiosas que se adquieren, a través del contacto sexual, el término generalmente indica la propagación de una enfermedad por contacto íntimo o sexual básicamente, también se considera la posibilidad de adquirir cualquiera de estas enfermedades por contacto corporal cercano, besos, cunilinguos, anilingus, felación, contacto boca-mama, coito anal y beso negro.

Enfoque de Riesgo: Es el concepto que considera que no todas las personas tienen la misma probabilidad de enfermar o morir, sino que para algunas esta probabilidad puede ser mayor que para todo el grupo social en conjunto.

Factor de Riesgo: Es cualquier característica o circunstancia detectable en un individuo, en una familia e incluso en una comunidad, mismo que se reconoce como asociado a la probabilidad de influir en el origen de la enfermedad y que permite predecir que un individuo se encuentra expuesto a padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Los factores de riesgo pueden ser: biológicos (ciertos grupos de edad), ambientales (abastecimiento deficiente de agua, sistema de disposición de excretas), de comportamiento (fumar), relacionadas con la atención a la salud (baja calidad de la atención, cobertura insuficiente), socioculturales (educación) y económicos (ingresos).

Inalienable: Adj. Se dice de aquello cuyo dominio no puede transmitirse a causa de alguna prohibición convencional o legal.

Incontrastable: Adj. Que no se puede cuestionar o discutir.

Intervalo intergenésico: Lapsos o espacios que la mujer elige entre un embarazo y otro o bien período que espera la mujer para volverse a embarazar.

Método Anticonceptivo: Son los medios, procedimientos o instrumentos que se utilizan para evitar el embarazo; cuando una pareja, después de considerar su situación, necesidades e intereses decide controlar la fecundidad.

Mito: Creencia común popular de un grupo que no precisa de justificación racional, reafirmandose en su incontestabilidad; esto es, no se le puede cuestionar o dudar de su veracidad ya que si esto ocurre pierde validez, es un relato "fantástico" que trata de explicar hechos reales o ficticios. Es común aún en nuestros días observar la influencia de un mito respecto a la salud sexual entre otros, que van a limitar la toma de decisiones ante la protección anticonceptiva.

Nutricia: Adj. Que alimenta a otro.

Paternidad responsable: : Obligación legal, moral y económica de responder de los actos que ejecuta o hacen al procrear un hijo.

Planificación familiar: El concepto de Planificación Familiar en México se apoya en un reconocimiento social y jurídico, ya que el artículo 4to. de nuestra Constitución lo señala con claridad como "El Derecho de toda pareja a decidir de manera, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos" este derecho social permite que todos los mexicanos puedan decidir cuantos hijos y cuando tenerlos, sobre todo la responsabilidad de decidir esto en libertad dentro del marco familiar y social en que se vive.

Pluriempleo: Ocupación de dos o más puestos de trabajo remunerados.

Protección anticonceptiva: Proceso o técnica utilizada para evitar el embarazo por métodos farmacológicos, e instrumentales que alteran o bloquean uno o más de los procesos reproductivos de manera que la unión sexual no tenga como consecuencia la fecundación denominada también planificación familiar.

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

Salud Reproductiva: El Sector Salud denomina salud reproductiva a la capacidad de los individuos y de las parejas de disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con absoluta libertad para decidir de una manera responsable y bien informada sobre el número y espaciamiento de los hijos.

Seguimiento: Acción de observar atentamente la evolución de un sector o la realización de un tratamiento o proyecto.

Soslayar: Superar una dificultad sin enfrentarse directamente a ella.

Tabú: Prohibición de carácter mágico-religioso que puede afectar a las personas en su conducta reproductiva entre otros. Su transgresión implica un castigo sobrenatural. Es propio de pueblos primitivos aunque aún se conserva en poblaciones subdesarrolladas. Lo que es considerado tabú "no puede ni mirarse y menos aún hablar de ello".

Taxonomía: Disciplina de la biología interesada en la clasificación de todos los seres vivos en una serie de categorías de complejidad creciente, de acuerdo con sus afinidades naturales.

Vida sexual activa: Etapa de la vida reproductiva del ser humano, en la cual tiene actividad sexual.

Voluntaria: Acto o hecho realizado con plena o propia voluntad, sin ninguna clase de presión.