

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN PUÉRPERAS:  
UNA INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRA EN PSICOLOGÍA PRESENTA:

JACKELINE MINERVA CORTAZAR PALAPA

Director del reporte: Dr. Juan José Sánchez Sosa

Revisor: Mtro. Arturo Martínez Lara

Dr. Alfonso Gerardo Carrera Riva Palacio

Dra. Ana Luisa Mónica González-Celis Rangel

Mtro. Fernando Pascual Vázquez Pineda

Mtro. Leonardo Reynoso Erazo

Dr. Samuel Jurado Cárdenas

México,D.F.

Mayo de 2007



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.

“Sería uno de los más grandes triunfos de la humanidad  
el hacer posible elevar la responsabilidad del acto de la  
reproducción al nivel de una acción voluntaria e intencional.”

**Sigmund Freud, 1898**



Asumo la responsabilidad de  
ser dueña de mi vida.

Anónimo

*In memoriam*

*Amada Palapa Garibay (1950-1999)*  
*Porque cada éxito obtenido,*  
*siempre será en recuerdo*  
*de su memoria.*  
*La amaré por siempre*

## **Agradecimientos**

A la Universidad Nacional Autónoma de México, nuestra máxima casa de estudios y una de las mejores universidades del mundo.

A la Facultad de Psicología, por todo el apoyo provisto durante mi residencia en la maestría de Medicina Conductual.

Al Programa de Maestría y Doctorado en Psicología, por su inapreciable contribución en mi formación profesional.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (**CoNaCyT**), a la Dirección General de Estudios de Posgrado (**DEGP**) y al Consejo Mexiquense de Ciencia y Tecnología (**CoMeCyT**), por el subsidio otorgado para la elaboración del presente trabajo.

Al Hospital General de Atizapán, “Dr. Salvador González Herrejón-DaimlerChrysler”, instituto formador de profesionales de la salud, con gran sentido humanista.

Al Dr. Juan José Sánchez Sosa, por todos estos años de apoyo y enseñanza académica, gracias por ser mi maestro y padre académico. Con admiración respeto y cariño.

Al Dr. Alfonso Carrera, por brindarme el enorme privilegio de ser parte de su equipo y valorar a la psicología como una ciencia que contribuye a la mejora del bienestar y calidad de vida de las pacientes.

Al Mtro. Leonardo Reynoso, por ser mi maestro, pero sobre todo por apoyarme en todos los proyectos emprendidos durante la residencia.

A la Dra Rosa Matias, por el haberme aceptado como residente en el hospital.

A Mi comité de sinodales: Dr. Sánchez Sosa, Mtro. Arturo Martínez Lara, Dr. Alfonso Carrera, Ana Luisa González-Celis, Mtro. Fernando Vázquez, Mtro. Leonardo Reynoso Erazo y Dr. Samuel Jurado, por sus aportaciones en la mejora del presente trabajo.

A mi querida y gran amiga Lic. Angélica Riveros (próximamente Doctora en psicología), porque después de tanto años no encuentro la manera de agradecer tu valiosa amistad y por las enseñanzas para la elaboración del presente trabajo. Pero sobre todo por tu enorme calidad humana. ¡Te quiero mucho!

A Mi gran y querida amiga Mtra. Tannia, porque en los momentos más difíciles de la maestría tus oídos y tu corazón estuvieron siempre dispuestos a escucharme, además de enseñarme que los colores claros y alegres son los más bonitos. Gracias ¡Te quiero mucho!

Al Dr. Mario Buendía, por todas sus enseñanzas sobre planificación familiar, sobre todo por ser un gran médico; ejemplo de profesionalismo, ética y humanidad.

A mis compañeros del cubo 16, Brenda, Carlos y Héctor por honrarme con su afecto, que los lazos de amistad perduren por siempre, se les quiere.

A Sandy y Judith, por el apoyo y la motivación que me dieron durante la elaboración de este trabajo.

A Gustavo, por su valiosa contribución a este trabajo, mis mejores deseos para ti.

Al personal del hospital de Atizapán, a los doctores: Massiel, Chan, Montoya y Sofía, a las enfermeras Luz, Blanquita, Maribel, Conchis, Xochitl y Jazmín, por todo su apoyo y fraternidad.

A las pacientes, por su valiosa participación para la realización de este estudio, contribuyendo de manera substancial en mi formación profesional y personal. Gracias por todo lo aprendido.

## **Dedicatorias**

A mis papás Angel Cortazar y Amada Palapa (+), por hacer de mi una mujer responsable de vida, gracias por permitirme tomar mis propias decisiones. ¡Los adoro!

A Mis Hermanos, Hugo, Mireya, Manuel y Claudia, que el amor de hermanos que nos profesamos perdure para siempre hasta que nos hagamos viejitos.

A mis sobrinos, Angel, Bertha, Marlene, Mirna, Carolina, Gabriel y Emiliano; rayitos de luz en mi vida, gracias por su cariño, son mi adoración.

A Marco Antonio, por enseñarme que no hay imposibles cuando uno se lo propone, con todo cariño.

A Mi tía Mary y Geno, porque siempre he contado con su apoyo y amor, sobre todo en ausencia de mi mamá.

A mi querido grupo de pastoral, por todo sus porras y motivación a lo largo de la elaboración del presente trabajo.

A todos mis amig@s por su fraternidad, porque son la familia que yo elegí, tesoro invaluable en mi vida.



# Índice

<b>Resumen</b>	1
<b>Introducción</b>	2
<b>Capítulo I</b>	
Mortalidad materna	5
Mortalidad materna en México	7
Principales causas de mortalidad materna en México	8
<b>Capítulo II</b>	
Salud reproductiva	10
Planificación familiar	10
Orientación y consejería en los servicios de planificación familiar	12
Consentimiento informado	13
Normatividad en los servicios de planificación familiar	14
Normatividad nacional	14
<b>Capítulo III</b>	
Métodos anticonceptivos	17
Clasificación	17
Métodos anticonceptivos en el Sector Salud	18
<b>Capítulo IV</b>	
Puerperio	22
Planificación familiar durante el puerperio	22
Investigaciones en materia de planificación familiar	23
<b>Capítulo V</b>	
El papel del psicólogo en escenarios clínicos	27
Aportaciones de la psicología en la salud de la mujer	29
Enfoque cognitivo-conductual	30
Habilidades del terapeuta cognitivo-conductual	31
Objetivo	32
<b>Método</b>	
Estudio 1	
Participantes	33
Materiales	34
Procedimiento	35
Resultados	36
Estudio 2	
Participantes	39
Diseño	40
Material	40
Procedimiento	40
Intervención	44
Resultados	46

Discusión	51
Conclusiones	55
Referencias	58
Índice de cuadros	
Cuadro 1. Principales causas de mortalidad materna en México 2004	8
Cuadro 2. Leyes y normas nacionales sobre los derechos reproductivos en México	15
Cuadro 3. Métodos anticonceptivos en el Sector Salud	19
Cuadro 4. Características sociodemográficas de las pacientes (estudio 1)	33
Cuadro 5. Características sociodemográficas de las pacientes (estudio 2)	39
Cuadro 6. Efectividad de la intervención para la aceptación de métodos de planificación familiar	50
Índice de figuras	
Figura 1. Uso previo de métodos de planificación familiar. Grupo total	36
Figura 2. Métodos anticonceptivos más utilizados. Grupo total	37
Figura 3. Creencias para rehusar el uso de métodos anticonceptivos. Grupo total	37
Figura 4. Planeación del embarazo. Grupo total	38
Figura 5. Porcentaje de elección de métodos de planificación familiar posterior a la intervención. Grupo total	48
Figura 6. Porcentaje de aceptación de métodos de planificación familiar en función del profesional que lo ofrece	49
Índice de anexos	
Anexo 1. Lista exploratoria	67
Anexo 2. Intervención grupal	68
Anexo 3. Carta descriptiva de la intervención grupal	69
Anexo 4. Reporte hospitalario	78

## **Resumen**

La educación sobre planificación familiar es una acción crucial en la atención integral después del parto, debido a que los embarazos repetidos aumentan el riesgo de complicaciones obstétricas durante el embarazo, el parto y después del parto. El propósito del presente estudio consistió en evaluar la información de métodos de planificación familiar en las pacientes, diseñar y evaluar el impacto de una intervención cognitivo-conductual, para incrementar el uso razonado de métodos de planificación después del parto. Este estudio se dividió en dos fases: la primera consistió en evaluar la información y el uso de los métodos de planificación familiar en pacientes puérperas durante su estancia hospitalaria, y la segunda consistió en evaluar los efectos de una intervención cognitivo-conductual para mejorar la eficacia del uso de métodos de planificación familiar. Los resultados obtenidos se analizaron mediante frecuencias y la prueba de McNemar para establecer la significancia estadística de aceptación del método antes y después de la intervención, adicionalmente se analizaron los resultados obtenidos por personal médico en el mismo tipo de atención a la salud reproductiva. Se concluye que, a pesar de los progresos en los programas de planificación familiar, existen necesidades de información y acceso a opciones durante el puerperio, por lo que es necesario integrar intervenciones específicas, diseñadas por expertos en conducta, para mejorar el impacto en la utilización eficaz de estos servicios, ya que a través de una intervención psicológica cognitivo-conductual, fue posible mejorar significativamente la aceptación positiva del uso de métodos de planificación familiar en mujeres puérperas que inicialmente no aceptaban su utilización.

## **Introducción**

La educación sobre planificación familiar después del parto es la estrategia que permite a la mujer en estado grávido-puerperal posponer un nuevo embarazo o finalizar su vida reproductiva mediante un método anticonceptivo temporal o permanente, adoptado antes de abandonar la unidad hospitalaria que atendió el evento obstétrico.

En la mayoría de los países este proceso educativo no está bien integrado a los servicios de salud, por lo que el no contar con servicios eficaces de planificación familiar expone a las mujeres a embarazos de alto riesgo o no planeados (Rivera, 1997), ya que algunas mujeres, sobre todo jóvenes, reanudan su actividad sexual de manera temprana después del parto (Sheeder y Stevens-Simon, 2005).

Si bien en México se han logrado notables avances en materia de planificación familiar (Pérez-Palacios, Morales y Varela, 2000), la mortalidad materna relacionada con el embarazo, el parto y el puerperio representa un serio problema de salud de difícil erradicación (INEGI, 2005), por lo que se propone la promoción de los métodos de planificación familiar durante la hospitalización posevento obstétrico, ya que este periodo constituye un momento de oportunidad para su aceptación, debido a la inmediatez del parto y la estancia hospitalaria. (Hiller y Jenner, 2002). Sin embargo, tales métodos aún no se utilizan como parte de un procedimiento cotidiano en los hospitales.

En el presente estudio se buscó maximizar la eficacia de los servicios de planificación familiar. El estudio se dividió en dos fases: la primera consistió en evaluar la información previa sobre métodos anticonceptivos posevento obstétrico en el puerperio

inmediato, en la División de Ginecología y Obstetricia (GO) del Hospital General de Atizapán “Dr. Salvador González Herrejón-DaimlerChrysler”. La segunda fase consistió en instrumentar y evaluar los efectos de una intervención cognitivo-conductual, para mejorar la eficacia del uso de métodos de planificación familiar en pacientes puérperas que inicialmente rehusaron su uso.

En la primera fase del estudio participaron 50 pacientes, en quienes se encontró que, a pesar de los esfuerzos para alentar el uso de los métodos de planificación familiar por los servicios de salud ya existentes, la información con la que contaban fue deficiente y en muchos casos errónea, lo que desalienta su uso.

En el segundo estudio participaron 66 de las pacientes que inicialmente se rehusaron a la aceptación de algún método ofrecido por el procedimiento habitual del personal de salud. Los resultados mostraron que después de la intervención más del 50 por ciento de las pacientes aceptaron usar algún método de planificación.

En conclusión, a pesar de los progresos en los programas de planificación familiar, existen necesidades de información y acceso a opciones durante el puerperio que requieren intervenciones personalizadas y diseñadas de acuerdo con las necesidades de la población que se atiende.

Mediante una intervención psicológica cognitivo-conductual fue posible mejorar la aceptación positiva del uso de métodos de planificación familiar en mujeres puérperas que inicialmente los rehusaron. Estos resultados apuntan a la necesidad de integrar intervenciones específicas, diseñadas por expertos en conducta, para mejorar el impacto

en la utilización eficaz de estos servicios.

Finalmente, cabe señalar que se logró una coparticipación importante con el equipo de salud tanto del personal médico como el de enfermería, lo que permitió que se generara una demanda de acción conjunta entre el personal de salud y psicología.

## Capítulo I

### Mortalidad materna

La mortalidad materna<sup>1</sup> representa un serio problema de salud pública a nivel mundial que afecta la vida de las mujeres y de sus familias, además de ser un indicador del grado de desarrollo económico y social de cada nación (Velasco, 2002). La atención sobre las causas de la mortalidad materna surge con el movimiento feminista de los años setenta. Sin embargo, es la proliferación de grupos en extrema pobreza y el crecimiento desmedido de las poblaciones lo que llama la atención de investigadores, de organizaciones no gubernamentales y posteriormente de los sistemas de salud de cada país (Acosta, 2003).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2005) define mortalidad materna como el fallecimiento de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes al parto. Sin embargo, Elu y Santos (2004) consideran esta definición limitada, ya que en ella se excluyen los fallecimientos que ocurren después de ese periodo pero que sí se relacionan con el parto. Tampoco incluye los suicidios y homicidios en mujeres, principalmente jóvenes, cuyo motivo principal es el embarazo. Por otra parte, el llenado de los certificados de defunción presenta deficiencias atribuibles a los recursos humanos (errores de llenado del certificado de defunción y captura en los datos estadísticos de mortalidad [M. Buendía, comunicación personal, 14 de diciembre de 2006]) y al hecho de que los familiares ocultan o ignoran la situación de gravidez, sobre todo cuando se trata de un aborto.

---

<sup>1</sup> La mortalidad materna se mide con la correspondiente tasa: muertes maternas/mujeres en edad fértil cuando se cuenta con el denominador x 100 000. En su ausencia, la mortalidad materna se mide con una razón: muertes maternas/recién nacidos vivos x 10 000.)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) denota la gravedad de la situación a nivel mundial y enfatiza los beneficios de la planificación familiar. Se estima que alrededor de medio millón de mujeres en el mundo fallecen por causas relacionadas con el embarazo, con el parto y con abortos practicados en condiciones inseguras (World Health Organization, WHO, 2003). Este panorama muestra claros contrastes entre los países industrializados y aquellos que se encuentran en desarrollo, ya que más del 90 por ciento de estas defunciones ocurren en estos últimos.

Sin embargo, la mortalidad materna presenta características en común independientemente del desarrollo de los países. Las causas obstétricas en ambos grupos son: hemorragias del parto y posparto, infecciones (sepsis), preeclampsia-eclampsia,<sup>2</sup> parto obstruido<sup>3</sup> y complicaciones por aborto (Velasco, 2002).

En América Latina y el Caribe la mortalidad materna es aún un serio problema de salud, cada año mueren aproximadamente 23,000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo y el parto. Por otra parte, la probabilidad de morir durante el embarazo y el parto en esta región es de 1 por cada 130 mujeres en edad reproductiva, mientras que en países de América del Norte la probabilidad es de 1 por cada 3,500 (OPS, 2005).

En México, por cada mujer que muere por causas relacionadas con el embarazo habrá de 20 a 30 más que desarrollen padecimientos a corto y largo plazo, tales como la fístula

---

<sup>2</sup> Se refiere al desarrollo de hipertensión, inducida por el embarazo.

<sup>3</sup> Enfermedad de carácter convulsivo, que suelen padecer los niños y las mujeres embarazadas o recién paridas y va acompañada o seguida de pérdida más o menos completa de las facultades sensitivas e intelectuales.



obstétrica,<sup>4</sup> la ruptura del útero o la enfermedad pélvica inflamatoria (Índice de Esfuerzo del Programa Materno y Neonatal, 2002).

### **Mortalidad materna en México**

Si bien las mujeres presentan tasas de mortalidad más bajas que los varones en todos los grupos de edad y su esperanza de vida al nacer es mayor, la mortalidad materna en nuestro país continúa siendo un serio problema de salud de difícil erradicación (INEGI, 2004).

A continuación se describen las diferencias sociodemográficas e individuales en cuanto a la mortalidad materna en México muestran la desigualdad social y económica que existe en cada grupo y en cada población:

*Mortalidad materna por edad.* Esta variable presenta altos índices en mujeres de 15 a 34 años, los que en la mayoría de los casos pudo prevenirse, por lo que se consideran muertes prematuras.

*Mortalidad materna relacionada con la escolaridad.* Del total de muertes maternas que se registraron en el año 2004, los porcentajes más altos se dieron en niveles de secundaria o menos, ocupando el 70.6 por ciento de los casos, el 9.6 por ciento correspondió a mujeres sin escolaridad y el 17 por ciento a mujeres con estudios medio superior o más.

---

<sup>4</sup> La fístula obstétrica es un orificio entre la vejiga y la vagina (o el recto y la vagina), como consecuencia del embarazo, causando incontinencia en la mujer.

*Mortalidad materna por región del país.* Los estados que presentan mayor índice de mortalidad materna en el país son los siguientes: Distrito Federal, con el 12.4 por ciento; Estado de México, con el 11.5 por ciento, y Veracruz, con el 7.4 por ciento.

### **Principales causas de la mortalidad materna en México**

El cuadro 1 muestra las principales causas de mortalidad materna por complicaciones relacionadas principalmente con el embarazo, el parto y el puerperio, durante el 2004, último año del que se tiene registro (INEGI, 2004).

Cuadro 1. Principales causas de mortalidad materna en México 2004

Causas maternas	CIE-10/2*	Defunciones
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias		4
Trastornos mentales y del comportamiento		1
Embarazo, parto y puerperio		1268
Embarazo terminado en aborto	O00-O08	88
Edema, proteinuria, trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio	O10-O16	365
Otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo	O20-029	50
Atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y con posibles problemas del parto	O30-O48	91
Complicaciones del trabajo de parto y del parto	O60-O75	328
Complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio	O85-O92	109
Otras afecciones obstétricas no clasificadas	O95-O99	237

\*CIE-10/2: Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud

Si bien algunos indicadores de salud de la mujer han mejorado durante los últimos años, las tasas y proporciones de mortalidad materna aún no lo han hecho, por lo que la Organización Mundial de la Salud ha implementado programas con estrategias eficaces en países en desarrollo para reducir este problema. Estos programas tienen como objetivo fortalecer los servicios de salud hacia las mujeres en todo lo referente a la salud reproductiva, principalmente en la promoción de los servicios de salud amigables (principalmente dirigidos a jóvenes y adolescentes) y planificación familiar (Donnay, 2000).

## **Capítulo II**

### **Salud reproductiva**

La salud reproductiva se refiere al estado general de bienestar físico, mental y social, y no sólo a la ausencia de enfermedad o malestar, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y sus procesos; es decir, se trata de la capacidad de los individuos y de las parejas de disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos; con la absoluta libertad de decidir de manera responsable y bien informada el número y el espaciamiento de los hijos (OMS, 1994).

### **Componentes de la salud reproductiva**

La información y prestación de servicios de salud reproductiva se definen y articulan a través de tres componentes fundamentales:

- Salud perinatal. Acciones que tienen como objetivo fundamental propiciar la maternidad saludable y sin riesgos para todas las mujeres.
- Salud de la mujer. Estrategias que tienen como objetivo la prevención y control de enfermedades neoplásicas.
- Planificación familiar. Componente que tiene como objetivo brindar opciones de anticoncepción a todas las personas.

### **Planificación familiar**

En su versión modificada la Norma Oficial Mexicana de los servicios de planificación familiar (NOM-005-SSA2-1993) define a la planificación familiar como el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el

espaciamiento de sus hijos, además de obtener información y servicios adecuados para este fin. El ejercicio de este derecho es independiente del género, de la preferencia sexual, de la edad y del estado social o legal de las personas.

### **Beneficios de la planificación familiar**

- Contribuye a disminuir la morbilidad materna, al prevenir embarazos no planeados, no deseados y en riesgo.
- Contribuye a disminuir la práctica de los abortos inducidos.
- El espaciamiento de los embarazos contribuye a disminuir la morbilidad neonatal y la de los niños menores de cinco años
- La amplia oferta de los métodos anticonceptivos eficaces y seguros, permite satisfacer las demandas y requerimientos de las parejas en las diversas etapas de su vida reproductiva.
- Fortalece la condición de la mujer y la equidad de género.
- Contribuye a disminuir la tasa global de la fecundidad y propicia un crecimiento más armónico de la población.
- Mejora la relación de la población en su entorno ambiental.
- Contribuye al desarrollo sustentable de la nación.

La planificación familiar es una de las acciones principales del Sistema Nacional de Salud, y sus logros se ven reflejados en el crecimiento armónico de la población y en el desarrollo sostenible del país (Secretaría de Salud, 2001).

Por otra parte, los costos económicos, sociales y psicológicos derivados del ejercicio de la sexualidad desinformada y sin recursos de protección son elevados, pues ambas

prácticas se relacionan con la atención de embarazos no planeados, las infecciones de transmisión sexual (ITS), la práctica de abortos inducidos, la violencia familiar y con los trastornos psicológicos, entre otros problemas de la salud reproductiva.

Debido a que la planificación familiar forma parte de una variedad de servicios de atención materno-infantil y juega un papel importante en la reducción de la mortalidad materna de los países, es necesario brindar a las pacientes información con oportunidad, veracidad y, en un lenguaje comprensible, todo lo relacionado con la planificación familiar.

### **Orientación y consejería en la planificación familiar**

La orientación y consejería en planificación familiar es el proceso de la comunicación interpersonal que se establece entre la o el prestador(a) de servicios y la o el usuario(a) para apoyar la toma de decisiones en la elección y adopción de un método anticonceptivo, decisiones que deberán ser libres, responsables y, sobre todo, bien informadas (NOM-005-SSA2-1993).

.

La Organización Mundial de la Salud (WHO, 2004) recomienda tomar en cuenta factores socioculturales, religiosos éticos y políticos para la selección de algún método anticonceptivo, además de la percepción de la salud física y las características psicológicas de cada individuo.

### **Aspectos relevantes de la orientación-consejería**

- Atender, informar y escuchar al usuario con interés y amabilidad, creando un ambiente de confianza.
- Informar sobre las diversas opciones de métodos anticonceptivos disponibles, señalando sus características, efectividad y beneficios.
- Valorar las expectativas y preferencias de los y las usuarias(os) en función de su etapa reproductiva y de sus condiciones individuales de salud.
- Una vez tomada la decisión de adopción de un método anticonceptivo, deberá asegurarse la comprensión sobre el uso adecuado del mismo e informar sobre las visitas subsecuentes a la unidad de servicios.

### **Quiénes pueden proporcionar la orientación-consejería**

La orientación-consejería puede ser impartida por cualquier miembro del equipo de salud, ya sea médico, enfermera, trabajador(a) social, psicólogo, promotor o auxiliar de salud capacitado en aspectos básicos de sexualidad y reproducción humana, tecnología anticonceptiva, comunicación interpersonal y lineamientos normativos en salud reproductiva, reconociendo el derecho que tiene la paciente al consentimiento informado.

### **Consentimiento informado**

El consentimiento informado en los servicios de planificación familiar es un derecho reproductivo que forma parte del nuevo lenguaje normativo y que se define como la toma de decisión voluntaria, responsable y bien orientada, por parte del aceptante para que se le realice un procedimiento anticonceptivo, con pleno consentimiento y comprensión de la información pertinente y sin presiones (NOM-005-SSA2-1993).

En México, el consentimiento informado se ha impulsado con base en acuerdos y recomendaciones de conferencias internacionales tales como la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), entre otras.

### **Normatividad de los servicios de planificación familiar**

Existen acuerdos internacionales convocados por la Organización de las Naciones Unidas y firmados por el gobierno de México en los que se aborda de manera implícita y explícita el derecho de las personas, sobre todo de la mujer, a elegir, de manera libre, responsable e informada, algún método de planificación familiar.

Entre las convenciones y declaraciones internacionales más importantes se encuentran: la tercera Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (OMS, 1994) realizada en el Cairo, cuyo propósito fue elaborar un programa de acción para mejorar la salud sexual y reproductiva en todo el mundo, y la cuarta Conferencia Mundial sobre los Derechos de la Mujer (OMS, 1995) en Beijing, cuyo objetivo fue comprometer a cada nación a respetar los derechos de cada mujer.

### **Normatividad nacional**

Si bien durante la década de los cincuenta y sesenta del siglo pasado se observó un descenso significativo en las tasas de mortalidad materno-infantil, también se presentó un incremento espectacular en la tasa de fecundidad en nuestra población, lo cual propició el reconocimiento de los derechos reproductivos de los individuos y de las parejas (Pérez-Palacios, Morales y Varela, 2000).



El siguiente cuadro muestra las leyes y normas nacionales en las que se determinan los derechos reproductivos de los individuos sin distinción de nacionalidad, sexo, edad, raza o creencia (Brenes, Mesa, Ortiz, Contreras, Vernon, Reyes, et al., 1998)

Cuadro 2. Leyes y normas nacionales sobre los derechos reproductivos en México

<b><i>Legislación y reglamentos nacionales</i></b>	<b>Derecho reproductivo</b>
<i>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos</i> <sup>5</sup>	En su artículo 4º garantiza que todos los mexicanos tienen el derecho de decidir, de manera libre, responsable e informada, el número de hijos y el espaciamiento entre uno y otro.
<i>Ley General de Población</i>	Especifica que la Secretaría de Gobernación promoverá ante las entidades correspondientes las medidas necesarias para realizar programas de planificación familiar a través de los servicios educativos y de salud pública de que disponga el sector público y vigilar que dichos programas se lleven a cabo con absoluto respeto a los derechos fundamentales de los individuos, preservando la dignidad de las familias.
<i>Ley General de Salud</i>	Conforme al artículo 67 de esta ley, la planificación familiar es prioritaria e incluye información y orientación educativa para adolescentes y jóvenes, así como

<sup>5</sup> Este artículo constitucional fue la base principal para que la Ley General de Población y la Ley General de Salud institucionalizaran el Programa Nacional de Planificación Familiar (Pérez-Palacios, Morales y Varela, 2000).

	<p>información sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años o bien después de los 35, además de la conveniencia de espaciar los embarazos y de reducir su número mediante una correcta información anticonceptiva, la cual debe ser oportuna, eficaz y completa.</p>
<p><b><i>Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993, de los Servicios de Planificación Familiar (modificada)</i></b></p>	<p>Documento normativo en el que se encuentran tanto disposiciones generales como especificaciones técnicas para la prestación de los servicios de anticoncepción en México. Tiene como objetivo unificar los criterios para la prestación de los servicios de planificación familiar, dentro de un marco de absoluta libertad y de respeto a la decisión de los individuos sobre algún método anticonceptivo.</p>

## Capítulo III

### Métodos anticonceptivos

La NOM-005-SSA2-1993 define a los anticonceptivos como todos aquellos métodos que se ofrecen a los individuos o a las parejas para limitar la capacidad reproductiva de manera temporal o permanente.

### Clasificación

Los métodos anticonceptivos se clasifican en dos grandes grupos: métodos temporales o reversibles<sup>6</sup> y métodos permanentes o no reversibles.

Los métodos anticonceptivos temporales incluyen:

- Hormonales orales combinados
- Hormonales orales de progestina<sup>7</sup> sola
- Hormonales inyectables combinados
- Hormonales inyectables que sólo contienen progestina
- Dispositivos intrauterinos (de cobre o medicados)
- Preservativo (masculino o femenino)
- Naturales o de abstinencia periódica

Los métodos anticonceptivos permanentes incluyen:

- Oclusión tubaria bilateral (OTB) o salpingoclasia
- Vasectomía

---

<sup>6</sup> El concepto de reversibilidad se refiere al retorno de la fecundidad.

<sup>7</sup> Hormona artificial que evita la ovulación (anovulatoria)

## **Métodos anticonceptivos en el Sector Salud**

Con base en las recomendaciones de la OMS (2005) y la NOM-005-SSA2-1993, el Sector Salud cuenta con una amplia variedad de métodos de planificación familiar, basados en información clínica y epidemiológica reciente para mejorar la calidad en materia de planificación familiar.

El cuadro 3 muestra los métodos anticonceptivos disponibles en el Sector Salud, tanto para pacientes puérperas durante su estancia hospitalaria como para toda persona que llegue a solicitar algún método anticonceptivo.

La mayoría de los hombres y las mujeres tienden a ser usuarios más efectivos a medida que adquieren mayor experiencia con algún método. Sin embargo, los programas diseñados para promover el uso de anticonceptivos también tiene un impacto importante sobre el uso efectivo del método (WHO, 2004).

Aun cuando se han logrado relevantes progresos en los programas de planificación familiar, continúan existiendo necesidades de información y servicios de anticoncepción eficaces para la población. Por ello, Rivera (1997) propone dar prioridad a las estrategias para mejorar la atención referente a lo promoción de métodos de planificación familiar durante el puerperio.

**Cuadro 3. Métodos anticonceptivos en el Sector Salud**

<b>Método</b>	<b>Descripción</b>	<b>Efectividad anticonceptiva</b>	<b>Efectos colaterales</b>
Oclusión tubaria bilateral	Procedimiento quirúrgico simple y sin riesgo que puede realizarse con anestesia local y sedación leve.	Método que brinda protección anticonceptiva mayor al 99%. No obstante, debe advertirse a la usuaria la probabilidad de falla.	No se conocen efectos colaterales asociados directamente al método. Ocasionalmente pueden presentarse problemas asociados al procedimiento anestésico o quirúrgico.
Dispositivo intrauterino	Marco de plástico pequeño y flexible que lleva un alambre de cobre y se inserta en el útero de la mujer.	Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 95 al 99%.	Los efectos colaterales son poco frecuentes, generalmente limitados a los primeros meses de su uso, algunos son: - dolor pélvico durante el periodo menstrual - aumento en la cantidad y duración del sangrado menstrual
Preservativo o condón	Bolsa hecha de plástico (látex) que se coloca en el pene erecto del hombre para evitar el paso de los espermatozoides a la vagina, además de proteger contra infecciones de transmisión sexual.	Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 85 al 97%	Intolerancia al látex o al espermicida
Dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel (Mirena)	El dispositivo intrauterino liberador de levonogestrel (hormona anovulatoria) consiste en un dispositivo	Método que cuenta con el 99.5% de efectividad anticonceptiva	

	en forma de T que en su vástago vertical posee un cilindro que contiene levonorgestrel que libera una tasa de 20µg al día, con una duración anticonceptiva de 5 años.		
Método hormonal subdérmico (Implanón)	Se trata de una cápsula o varilla de 40 mm de longitud por 2 mm de diámetro transversal que libera en promedio 40 µg de etonogestrel por día (hormona anovulatoria). La duración del efecto anticonceptivo es por tres años.	Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva superior al 99% durante el primer año. Después, disminuye gradualmente. La duración de la protección anticonceptiva es de tres a cinco años después de la inserción.	En algunas mujeres se puede presentar: <ul style="list-style-type: none"> <li>- hematoma en el área de aplicación</li> <li>- infección local</li> <li>- dermatitis</li> <li>- irregularidades menstruales</li> <li>- cefalea</li> <li>- mastalgia (dolor en los senos)</li> <li>- expulsión del implante</li> </ul>
Anticonceptivos orales combinados	Tabletas que contienen hormonas, impiden la salida del óvulo de los ovarios y por lo tanto la fecundación.	Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%. Sin embargo, la eficacia puede disminuir hasta un 92% por el uso incorrecto de la píldora.	Algunas mujeres pueden presentar: <ul style="list-style-type: none"> <li>- irregularidades menstruales</li> <li>- cefalea</li> <li>- náusea</li> <li>- vómito</li> <li>- mareo</li> <li>- mastalgia</li> <li>- cloasma (cambio de color de la piel)</li> <li>- Manchado intermenstrual</li> </ul>

<p>Anticonceptivos inyectables combinados</p>	<p>Anticonceptivos hormonales inyectables que impiden la salida del óvulo de los ovarios.</p>	<p>Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%. La protección anticonceptiva se extiende hasta por 33 días después de la aplicación de la inyección.</p>	<p>Algunas mujeres pueden presentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- irregularidades menstruales</li> <li>- cefalea</li> <li>- náusea</li> <li>- vómito</li> <li>- mareo</li> <li>- mastalgia</li> <li>- incremento del peso corporal</li> </ul>
<p>Método de emergencia</p>	<p>Se encuentra bajo la misma presentación que cualquier anticonceptivo oral.</p>	<p>Este método es menos eficaz que el método hormonal oral regular, pero la efectividad es de aproximadamente 98-99% en las mujeres que aplican el tratamiento en forma correcta, dependiendo del tiempo de la toma y de la formulación utilizada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- náusea</li> <li>- vómito</li> <li>- sangrado intermenstrual</li> <li>- mastalgia</li> <li>- cefalea</li> <li>- sensación de fatiga</li> </ul>

## **Capítulo IV**

### **Puerperio**

La Norma Oficial Mexicana referente a la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido (NOM-007-SSA2-1993) define el puerperio como el periodo que sigue al alumbramiento y en el cual los órganos genitales maternos y el estado general vuelven a adquirir las características anteriores a la gestación. Este periodo tiene una duración de seis semanas o 42 días.

### **Planificación familiar durante el puerperio**

La planificación familiar durante el puerperio se refiere a la estrategia que permite a la mujer en estado grávido-puerperal posponer un nuevo embarazo o finalizar su vida reproductiva mediante un método anticonceptivo temporal o permanente, adoptado antes de abandonar la unidad hospitalaria que atendió el evento obstétrico.

En la mayoría de los países los servicios de planificación familiar durante el puerperio o el posparto no están bien integrados a los servicios de salud ya existentes, por lo que el problema de la ausencia de servicios eficaces de planificación familiar expone a las mujeres al riesgo de embarazos poco oportunos o no deseados. Los embarazos muy seguidos representan mayores riesgos para la salud tanto de las madres como de sus lactantes, y los embarazos no deseados con frecuencia tienen por resultado abortos en condiciones de riesgo (Rivera, 1997).

La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 especifica que la planificación familiar se debe brindar desde el control prenatal, haciendo énfasis en los métodos



posparto. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos que se realizan para que las pacientes elijan algún método de planificación familiar, muchas de ellas no optan por método alguno, principalmente por desconocimiento o por información errónea.

Vernon y Foreit (2000) sugieren a los prestadores de los servicios de planificación familiar revisar las necesidades de las pacientes para mejorar la **oferta sistemática de los servicios** (cuando no se ofertan estos servicios se le llama **oportunidades perdidas**), es decir, el ofrecimiento de una gama de servicios preventivos, entre los que se encuentran los de atención prenatal y posnatal, prevención de cáncer cérvico-uterino y de mama, y planificación familiar entre otros; muchos de los cuales las pacientes ignoran o tienen poca relevancia para ellas en el momento en que se les ofrece.

La prestación de servicios de calidad de métodos anticonceptivos en los períodos de posparto y pos-aborto contribuye de forma significativa a reducir la mortalidad y morbilidad materno-infantil y a prevenir abortos futuros. Los estudios revelan que una proporción considerable de mujeres entrevistadas en el período de posparto desean regular su fertilidad, ya sea espaciando o evitando embarazos futuros. No obstante, muchas de ellas no tienen acceso a las opciones anticonceptivas que les permitan llevarlas a cabo.

### **Investigaciones en materia de planificación familiar**

Estudios en salud reproductiva para reducir la mortalidad materna proponen que la planificación familiar es un elemento clave en la atención posparto ya que, además de disminuir el total de nacimientos, reduce el riesgo de embarazos no planeados y de embarazos de alto riesgo (Fortney, 1987; Family Health International, 1995; Donnay, 2000).

El interés de integrar los métodos de planificación familiar durante el puerperio surge como política de salud en el año 1966, cuando el Consejo de Población patrocinó el programa internacional posparto, cuyo objetivo consistió en fomentar la salud reproductiva en todo el mundo, principalmente en países en vías de desarrollo. Dicho proyecto se realizó en 14 países (25 hospitales) y se basó en la hipótesis de que las mujeres se encuentran dispuestas a recibir información referente a la planificación familiar durante el puerperio, pero que no regresan a los centros de salud para recibir anticoncepción después del alta hospitalaria. Los hallazgos obtenidos confirmaban dicha hipótesis, razón por la cual se amplió el programa a siete países más (Zatuchni, 1967; Winikoff y Mensch, 1991).

Foreit y colaboradores (1993) llevaron a cabo un estudio en el Instituto de Seguridad Social de Lima, Perú, con el objetivo de evaluar la eficacia de una intervención para la aceptación del dispositivo intrauterino (DIU) como método de planificación familiar posparto. La muestra estuvo conformada por un total de 1,560 mujeres. El grupo experimental recibió la intervención durante la hospitalización posparto, mientras que el grupo control no recibió intervención. Los hallazgos mostraron que el 82 por ciento de las pacientes del grupo experimental aceptaron algún método de planificación familiar a los 40 días y seis meses después del parto; de las cuales, el 40 por ciento aceptaron el DIU, mientras que en el grupo control el 69 por ciento aceptaron algún método anticonceptivo, y sólo el 27 por ciento aceptaron el DIU como método.

Otra investigación en un hospital de Katmandú, Nepal. Se trató de un estudio clínico, controlado y aleatorizado, con un total de 540 mujeres, asignadas de manera aleatoria a

uno de los cuatro grupos, y su objetivo consistió en promover cuidados en la salud materno-infantil, inmediatamente después del parto, una semana después, 40 días o seis meses después. Los resultados obtenidos no mostraron diferencias significativas entre los grupos. Sin embargo, la aceptación de el uso de anticonceptivos a los 40 días y a los seis meses después del parto fue la única variable que mostró aumentos (Bolam, Manandhar, Shrestha, Ellis y Castello, 1998).

Santana y colaboradores (2000) realizaron un estudio en el que entrevistaron a 872 mujeres respecto al uso de métodos de planificación familiar después del parto. Los resultados de este estudio mostraron que sólo el 28.5 por ciento de las pacientes recibieron información sobre métodos de planificación familiar durante el posparto, siendo los anticonceptivos orales y el DIU los métodos utilizados con mayor frecuencia.

Por otra parte, un meta-análisis de estudios clínicos controlados sobre los efectos de la educación sobre planificación familiar en púerperas reveló que la educación posparto influye sobre el uso de los anticonceptivos (Hiller y Jenner, 2002). Sin embargo, en ninguno de estos estudios se evaluaron los embarazos no planeados, el conocimiento sobre la anticoncepción, las estrategias para la promoción de anticonceptivos y la satisfacción referente a la calidad de la atención de las pacientes.

Sato (2004) realizó un estudio comparativo en el que evaluó el impacto de un programa para promover el uso de anticonceptivos a futuro en adolescentes embarazadas y en sus parejas. El grupo experimental estuvo integrado por 371 adolescentes embarazadas que asistieron a un programa para promover el uso de anticonceptivos, en el grupo control participaron 506 adolescentes embarazadas que no asistieron a dicho programa. Sus hallazgos mostraron que el uso de anticonceptivos a futuro fue más alto en el grupo

experimental que asistió al programa que en el grupo que no asistió. El autor concluye que una posible razón del éxito del programa fue la participación de las diferentes disciplinas de la salud que capacitaron a los jóvenes para el uso de métodos de planificación familiar. Sin embargo, señala que son pocos los estudios que se han realizado para evaluar el impacto de programas que promuevan el uso de anticonceptivos.

Los obstáculos relacionados con la no aceptación de métodos anticonceptivos aun en el puerperio se relacionan principalmente con aspectos comportamentales, creencias distorsionadas y respuestas emocionales durante la estancia hospitalaria de este periodo. Así, corresponde a los profesionales de la conducta la evaluación y corrección de aquellas circunstancias que dificultan la aceptación de algún método, que se traducen en un ofrecimiento sistemático de los servicios.

## **Capítulo V**

### **El papel del psicólogo en escenarios clínicos**

Durante los últimos años la labor del psicólogo se ha extendido en diferentes escenarios, incluyendo el campo clínico, en el que el factor psicológico es reconocido como un elemento clave que actúa en el continuo salud-enfermedad, la interacción entre estos elementos puede ser determinante para mantener o perder nuestra salud, recuperarnos o agravarnos por una enfermedad, y prevenir o padecer una muerte prematura (Sánchez Sosa, 2002). Se han identificado como especialmente importantes en el proceso de salud-enfermedad los siguientes elementos:

1. *Genética*. Se refiere a la naturaleza y las características del equipo biológico con que nace cada persona, el cual se obtiene de manera inherente, se recibe de nuestros padres y se transmite a las generaciones sucesivas.

2. *Nutrición*. Es otro componente clave que determina la salud y se refiere a la calidad, la variedad y la cantidad de nutrientes que obtenemos desde que nos desarrollamos, incluso desde antes de nacer.

3. *Ambiente*. La interacción entre el ser humano y el ambiente, no sólo con los elementos naturales, como el agua, la vegetación, la fauna, etc., sino también a la exposición a productos tóxicos, a las radiaciones y a la contaminación del medio.

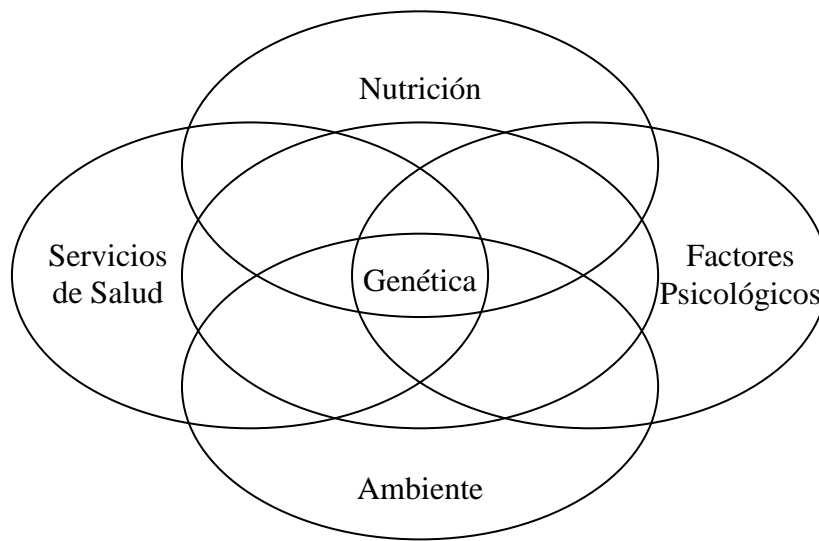
4. *Servicios de salud*. Se refiere principalmente al acceso y calidad de los servicios de salud para el cuidado de la misma.

5. *Factores psicológicos*. Se refiere principalmente a la conducta humana. Este término incluye aspectos del funcionamiento psicológico, tanto aquellas ocurridas durante la crianza como la conducta cotidiana de la persona, tanto aquellas que promueven su salud, como las que la deterioran. Se incluyen las actitudes y las reacciones emocionales ante el cuidado a la salud y los procedimientos médicos, y las cogniciones (incluyendo creencias, convicciones, conceptos, ideas etc.) y las conductas instrumentales o aquellas que le sirven para interactuar con su medio.

Algunos de estos elementos son descritos como variables distales, ya que no es posible incidir sobre ellas o modificarlas, sin embargo sí constituyen factores de riesgo o protectores de la salud, tal es el caso de la genética, o los cuidados pre-natales. Otro grupo son las variables proximales, que se refieren a aquellos aspectos cotidianos susceptibles de modificación, éstos prácticamente se refieren a aspectos del comportamiento cotidianos que vulneran o protegen a la persona.

La prevención primaria, en este sentido, incluye a aquellas conductas que protegen a la persona de riesgos específicos en su salud, tales como: sus hábitos alimenticios, higiene, adherencia terapéutica, actividad o inactividad física, y prevención del embarazo entre otras. En este sentido, la búsqueda y acceso a la información que le permita tomar decisiones razonadas en beneficio de su salud, también se consideran un aspecto de prevención primaria.

El siguiente esquema sintetiza cómo estos elementos actúan juntos durante toda nuestra vida.



Reynoso y Seligson (2005) mencionan que el número de psicólogos que trabajan en el área de la salud se ha ido incrementando lenta y progresivamente, señalan que algunas de las posibles razones son la falta de claridad en el modelo biomédico para explicar adecuadamente el continuo salud-enfermedad, el interés que existe respecto al constructo calidad de vida, la prevención de la enfermedad y el creciente desarrollo de la investigación en las ciencias de la conducta.

Durante los últimos años, México ha llevado a cabo una profunda transformación en su sistema de salud debido a las evidencias derivadas del conocimiento científico como un motor importante para el progreso de la salud. Si bien la investigación tiene valor por sí misma, el conocimiento posee un valor instrumental como medio para mejorar la salud, el cual es internalizado por los individuos quienes lo utilizan para modificar sus conductas cotidianas en dominios clave como la higiene personal, los hábitos alimenticios, el comportamiento sexual y la crianza de los hijos, de tal forma que el

conocimiento confiere a las personas la facultad para modificar su estilo de vida y promover su propia salud (Frenk, 2006).

### **Aportaciones de la psicología a la salud de la mujer**

Debido a que la conducta juega un papel importante en la salud de las personas y en algún momento del proceso reproductivo las mujeres confrontan sus propios esquemas cognitivos y emocionales en el cuidado de su salud (Pérez y Márquez, 2005), la psicología ha diseñado intervenciones específicas relacionadas en la promoción de la salud, tales como: apoyo psicológico en aspectos relacionados con procedimientos quirúrgicos (Masters, 2006), trastornos obstétricos y ginecológicos (Daniells, Grenyer, Davis, Coleman, Burgess y Moses, 2003), ansiedad durante el embarazo (Misri, Oberlander, Fairbrother, Carter, Ryan, Kuan y Reebye, 2004), depresión durante y después del parto (Milgrom, Negri, Gemmill, McNeil, y Martin, 2005; Bledsoe y Grote, 2006), violencia en la mujer (Cruz-Almanza, Gaona-Márquez y Sánchez-Sosa, 2006), información y estrategias para la prevención de embarazos (Santín, Torrico, López y Revilla, 2003) y aspectos de comunicación efectiva dentro del sistema de salud (De los Ríos y Sánchez Sosa, 2002; Roa, 1995).

Morales (1999) señala la necesidad de acciones en materia de salud reproductiva asociadas a las condiciones de vida, a la calidad de los servicios de salud y a los factores subjetivos de comportamiento de los usuarios, que pueden ser emprendidas por expertos en la conducta, entre las cuales destaca el trabajo con grupos para favorecer comportamientos preventivos de embarazos no deseados y conductas de riesgo (infecciones de transmisión sexual, entre otras).



## **Enfoque psicológico cognitivo-conductual**

Para emprender dichas acciones en materia de salud reproductiva, el modelo psicológico cognitivo conductual, ha demostrado eficacia y utilidad en programas de salud, debido al desarrollo de trabajos de investigación e intervención que favorecen el involucramiento emocional del paciente en el proceso, con el propósito de obtener el mejor resultado mediante la combinación de intervenciones con la detección de necesidades específicas en un momento dado y promover el desarrollo de habilidades en el paciente para el mantenimiento de las metas dentro de sus circunstancias (Cormier y Nurius, 2003).

La terapia psicológica basada en el enfoque cognitivo-conductual es un procedimiento relativamente nuevo en el campo de la salud que tiene como propósito modificar las cogniciones<sup>8</sup> y conductas que contribuyen a los problemas del paciente a través de técnicas basadas en la investigación científica (Trull y Phares, 2003).

Marinho y colaboradores(2003), señalan que la eficacia del tratamiento psicológico basado en el modelo cognitivo conductual, se explica en gran parte por las habilidades que caracterizan a los terapeutas, consideradas relevantes en la práctica de la terapia comportamental con adultos y niños, en especial aquellas relativas al desarrollo de un contexto terapéutico adecuado.

## **Habilidades del terapeuta cognitivo-conductual**

---

<sup>8</sup>El término “cognición” incluye ideas, imágenes, creencias, expectativas y atribuciones, en los que participan las emociones, los pensamientos y las conductas de las personas.

Las principales habilidades del terapeuta comportamental para una mejor relación con el paciente son:

- actitud de respeto y aceptación
- atención dirigida al paciente
- elementos corporales adecuados.
- elaboración de preguntas abiertas
- parafraseo
- muestra de comprensión del contexto

Dichas habilidades de intervención desarrolladas por expertos en conducta, contribuyen a mejorar calidad y eficacia en los servicios de salud, además de establecer mecanismos de comunicación y evaluación entre los diferentes prestadores de servicios para analizar y buscar soluciones de manera conjunta, a la problemática de insatisfacción en la calidad de los servicios de salud (Marinho, Caballo y Silveira, 2003).

En una investigación realizada por Kim y colaboradores (2005) cuyo objetivo consistió en determinar los factores que influyen en la toma de decisiones de las pacientes que acuden a los centros de planificación familiar, encontró que la comunicación activa y el contacto visual entre las pacientes y los proveedores contribuyen de manera significativa en la toma de decisiones para aceptar algún método anticonceptivo, ya que las pacientes indicaron comprender las explicaciones de los proveedores y sentirse más cómodas al hablar y formular preguntas durante sus consultas.

Debido a que los procesos cognitivos y las características comportamentales influyen en la toma de decisiones de las pacientes respecto a los métodos de planificación familiar, el objetivo del presente estudio consistió en evaluar la información de métodos de planificación familiar en pacientes hospitalizadas posevento obstétrico (estudio 1), así como diseñar y evaluar el impacto de una intervención cognitivo-conductual, para incrementar el uso razonado de métodos de planificación después del parto (estudio 2).

Debido a que los procesos cognitivos y las características comportamentales influyen en la toma de decisiones de las pacientes respecto a los métodos de planificación familiar, el objetivo del presente estudio consistió en evaluar la información de métodos de planificación familiar en pacientes hospitalizadas posevento obstétrico (estudio 1), así como diseñar y evaluar el impacto de una intervención cognitivo-conductual, para incrementar el uso razonado de métodos de planificación después del parto (estudio 2).

## Método

### Estudio 1

#### Participantes

Se integró un grupo en forma aleatoria con un total de 50 pacientes del Hospital General de Atizapán, con edades de entre 15 y 42 años, con diagnóstico de puerperio fisiológico mediato o inmediato, que se encontraban hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia.

Las características sociodemográficas de las pacientes (Cuadro 4) fueron las siguientes: En cuanto a la edad, el 32% tenían entre 15 y 20 años de edad; el 50%, entre 21 y 30 años, y el 18%, entre 31 y 42 años. En escolaridad, el 82% tenía estudios de educación básica; el 14%, estudios medio superior y superior, y el 4% no tenía ningún grado de estudios. Respecto a su ocupación, el 90% se dedicaban al hogar, el 6% trabajaban fuera de casa y el 4% eran estudiantes. Referente al estado civil: el 84% tenía pareja, mientras que el 16% no; finalmente, el 20% se habían embarazado una vez, mientras que el 60% había tenido dos embarazos o más.

**Cuadro 4. Características sociodemográficas de las pacientes**

PARTICIPANTES GRUPO TOTAL (N=50)		
Edad Frecuencia (%)	Escolaridad Frecuencia (%)	Ocupación Frecuencia (%)
15-20 años 16(32%)	Sin escolaridad 2(4%)	Hogar 45(90%)
21-30 años 25(50%)	Educación Básica 41(82%)	Trabajo fuera de casa 3(6%)
31-42 años 9(18%)	Educación medio superior y superior 7(14%)	Estudiantes 2(4%)
Estado civil Frecuencia (%)	Número de embarazos Frecuencia (%)	
Con pareja 42(84%)	1	20(40%)
Sin pareja 8(16%)	2+	30(60%)

### *Criterios de selección*

- Que contaran con diagnóstico de puerperio inmediato.
- Que aceptaran responder la encuesta.

### *Criterios de exclusión*

- Enfermedad sistémica grave

### *Criterios de suspensión*

- Que no respondieran la lista exploratoria.

### **Materiales**

- Lápices y bolígrafos
- Encuesta diseñada para este estudio sobre información de métodos de planificación familiar.

Dicha encuesta se elaboró a partir de las dimensiones establecidas en la literatura como aquellas que afectan la aceptación de métodos anticonceptivos. Se realizaron piloteos de las preguntas incluidas. Inicialmente se consultó al personal de salud (médicos y enfermeras) sobre el contenido de la encuesta, hasta que las preguntas se consideraron pertinentes y suficientes. A fin de verificar la claridad y pertinencia de las preguntas para las pacientes, éstas se pilotearon en pequeños grupos de 10 pacientes, hasta que se observó que no se presentaban dudas acerca de las preguntas. El entrevistador o entrevistadora se presentaba con ellas y les pedía su colaboración para contestar la encuesta, posteriormente se recolectaba el cuestionario, se retroalimentaba a la paciente con información sobre anticonceptivos y finalmente se le agradecía su participación.

## **Procedimiento**

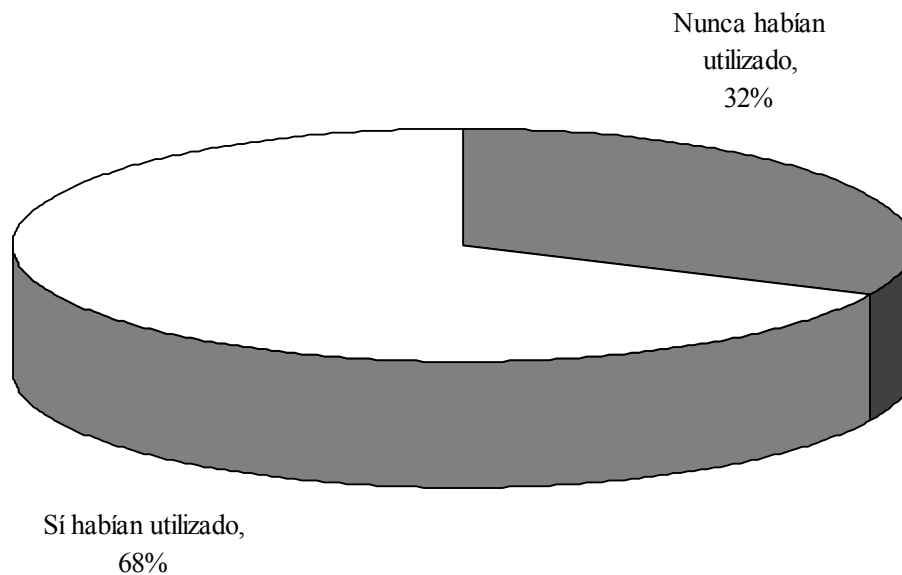
Con la versión final de la encuesta (anexo 1) se procedió a su aplicación a un grupo de 50 pacientes, seleccionadas aleatoriamente a partir de la lista de pacientes hospitalizadas por puerperio. Los entrevistadores fueron psicólogos(as) residentes de la Maestría en Medicina Conductual, asignados(as) al servicio de ginecología. Éstas acudían a la cama de las pacientes seleccionadas y solicitaban su autorización para la aplicación de la encuesta. En caso de que la paciente supiera leer y escribir, se le dejaba para que pudiera contestarla en privado. De lo contrario, el cuestionario se aplicaba a manera de entrevista, con especial cuidado en no inducir ni reprobar ninguna de las respuestas. En todos los casos, al término del llenado del cuestionario los entrevistadores daban retroalimentación sobre las opciones en métodos anticonceptivos, así como sus ventajas y desventajas, corrigiendo en su caso aquella información errónea que se hubiese detectado.

## Resultados

Se utilizaron análisis descriptivos para establecer: la frecuencia del uso previo de métodos anticonceptivos, los más utilizados, las creencias para no utilizar métodos anticonceptivos y la planeación del embarazo.

Los resultados se describen en las siguientes gráficas de pastel, en las cuales se muestran los porcentajes.

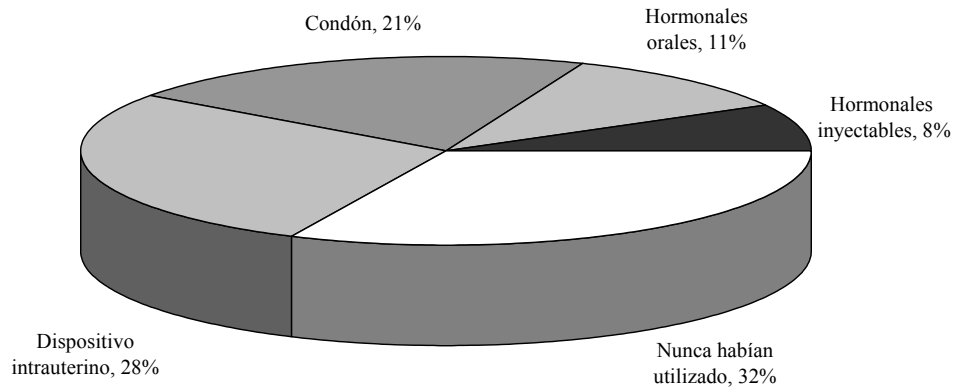
**Figura 1. Uso previo de métodos de planificación familiar. Grupo total**



En la figura 1 se observa que el 68% de las pacientes reportó que ya habían utilizado algún método anticonceptivo anteriormente al evento obstétrico, mientras que el 32% mencionó que no habían utilizado método alguno.

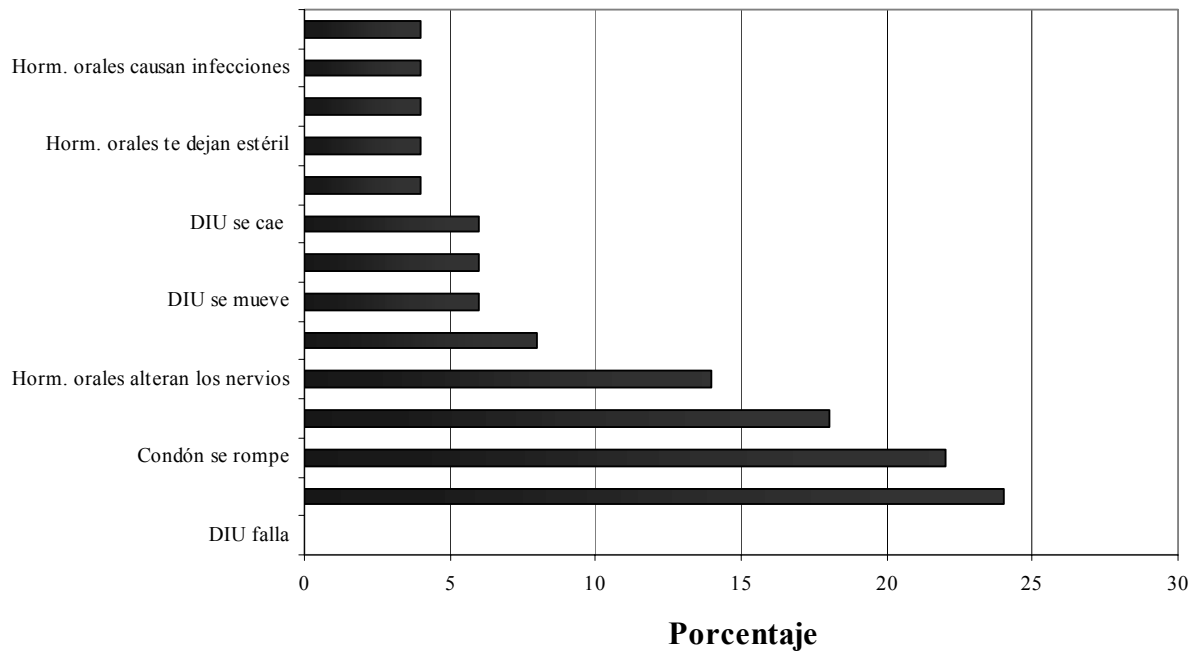


**Figura 2. Métodos anticonceptivos más utilizados.  
Grupo total**



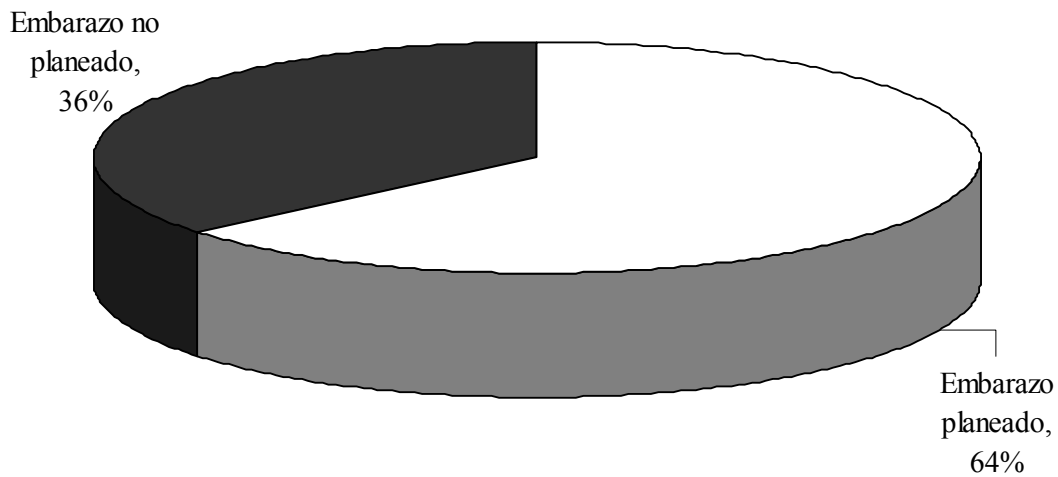
En la figura 2, se observa que los anticonceptivos que habían utilizado alguna vez las pacientes fueron: el dispositivo intrauterino, 28%; el condón, 21%; hormonales orales, 11%; hormonales inyectables, 8%, y el 32% no habían utilizado anteriormente.

**Figura 3. Creencias para rehusar el uso de métodos anticonceptivos. Grupo total**



La figura 3 representa las creencias que las pacientes refirieron para rehusar el uso de anticonceptivos: la ordenada muestra las creencias que refirieron las pacientes, y la abscisa, las frecuencias representadas en porcentajes. Las razones más frecuentes fueron: el dispositivo falla, el DIU se encarna, el condón se rompe y las pastillas anticonceptivas alteran los nervios.

### **Figura 4. Planeación del embarazo Grupo total**



La figura 4, representa la planeación del embarazo que reportaron las pacientes, se observa que el 36% refirió que su embarazo no fue planeado, mientras que el 64% mencionó que sí.

## Estudio 2

### Participantes

Se integró un grupo con un total de 66 pacientes puérperas, de entre 15 y 43 años de edad, que se encontraban hospitalizadas y que inicialmente no aceptaron ningún método de planificación familiar.

Las características sociodemográficas de este grupo (cuadro 5) Fueron las siguientes: el cuanto a las edad 23% tenía entre 15-20 años, el 68% entre 21-30 años y el 9% entre 31-42 años; referente a la escolaridad, el 4% no tenía ningún grado de estudios; el 27% tenía primaria; el 44% tenía secundaria; y el 25% tenía estudios medio superior y superior. Respecto al estado civil: el 79% tenía pareja mientras que el 21% no; referente a su ocupación, el 92% se dedicaba al hogar, el 2% trabajaba fuera de casa y el 6% eran estudiantes. En cuanto al diagnóstico el 91% se diagnosticó con puerperio fisiológico posparto y el 9% con puerperio fisiológico posaborto. Finalmente, respecto al número de hijos, el 5% no tenía hijos, el 70% tenía de uno a dos hijos y el 25% tenía tres hijos o más.

**Cuadro 5. Características sociodemográficas de las pacientes**

PARTICIPANTES GRUPO TOTAL (N=66)		
Edad	Escolaridad	Ocupación
Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)
15-20 15(23%)	Sin escolaridad 3(4%)	Hogar 61(92%)
21-30 45(68%)	Primaria 18(27%)	Trabajo fuera de casa 1(2%)
31-42 6 ( 9%)	Secundaria 29(44%)	Estudiantes 4(6%)
	Educación medio superior y superior 16(25%)	
Estado civil	Diagnóstico	Número de embarazos
Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)
Con pareja 52(78%)	Puerperio fisiológico posparto 60 (91%)	0 3(5%)
Sin pareja 14(22%)		1-2 42 (70%)
	Puerperio fisiológico posaborto 6(9%)	3+ 24(25%)

### *Criterios de selección*

- Pacientes que contaran con diagnóstico de puerperio inmediato.
- Pacientes que inicialmente rechazaron el uso de algún método anticonceptivo.

### *Criterios de exclusión*

- Pacientes que presentaran alguna enfermedad sistémica grave.

### **Diseño**

Estudio de tipo cuasiexperimental (pre-test/post-test) con réplicas individuales en la que cada una funge como su propio control.

### **Material**

- Láminas con imágenes de anticonceptivos que ofrece el hospital
- Métodos anticonceptivos (implante, dispositivos intrauterinos, hormonales orales e inyectables y condones)
- Hojas de registro
- Tarjetas de citas

### **Procedimiento**

Los resultados del primer estudio señalaron serias deficiencias en la información que poseen sobre MPF. Por otra parte, la estancia hospitalaria de las pacientes puérperas es muy corta, por lo que es necesario considerar formas de intervención breves, sistemáticas, basadas en evidencias y con componentes ya reconocidos por su eficacia. Se diseñó una intervención psicológica con orientación cognitivo-conductual, debido a que este modelo psicológico responde a los requerimientos de intervención, considerando las circunstancias y necesidades de esta población.

La intervención se desarrolló como parte del programa "Arranque parejo en la vida" de la Secretaría de Salud, cuyo propósito es brindar atención con calidad a las mujeres durante el embarazo, parto y el puerperio, además del hecho de que contribuye a la disminución de la mortalidad materna (Secretaría de Salud, 2002).

La intervención psicológica se realizó de manera grupal (anexo 2) a todas las pacientes que tuvieron evento obstétrico, tanto a las que inicialmente aceptaron algún método como a las que lo rehusaron.

La intervención grupal (anexo 3) se diseñó principalmente conforme a los principios básicos del *Código Ético del Psicólogo*, dando prioridad al principio que especifica el desempeño de las actividades del psicólogo: "El psicólogo tiene la responsabilidad de respetar, proteger, y fomentar el derecho de las personas a la privacidad, la autodeterminación, la libertad personal y la justicia de respeto a los derechos y a la dignidad de las personas (Sociedad Mexicana de Psicología, 2002), además de considerar las normas, los conocimientos médicos y los principios éticos vigentes bajo los siguientes principios fundamentales (SSA, 2001):

1. El derecho a la información
2. El respeto a los derechos sexuales y reproductivos
3. El derecho a la obtención de servicios de calidad

Para iniciar la intervención se les daba la bienvenida a las pacientes, se les explicaba el propósito de la reunión y se les informaba sobre los métodos disponibles en el hospital, describiendo sus mecanismos de acción, ventajas y desventajas. En caso de ser necesario, se corregía cualquier tipo de información errónea al respecto. La intervención se adecuó al nivel educativo de las pacientes, procurando brindar información adecuada y entendible con base en las recomendaciones de la

Secretaría de Salud. La información se proporcionó de manera sencilla, respondiendo todas las dudas que surgieran, cuidando de no sobrecargar a las pacientes de información. La intervención tuvo una duración de aproximadamente 30 minutos. Al final de la intervención se les preguntaba a las pacientes si tenían alguna duda, se aclaraba y se cerraba la sesión.

Posteriormente se realizaba la intervención de manera individual en aquellas pacientes que inicialmente no habían aceptado algún método, se abordaban los motivos que cada paciente mencionaba (dudas, toma de decisiones, solución de problemas, etc.). Si después de esta intervención la paciente aceptaba algún método, se le solicitaba su firma de consentimiento informado y se le pedía al médico que le prescribiera y de ser necesario colocara el método que la paciente había solicitado. En caso de que la paciente continuara rehusándose a aceptar algún método, se le daba cita abierta para solicitar más información o para aceptar algún método cuando lo considerara pertinente.

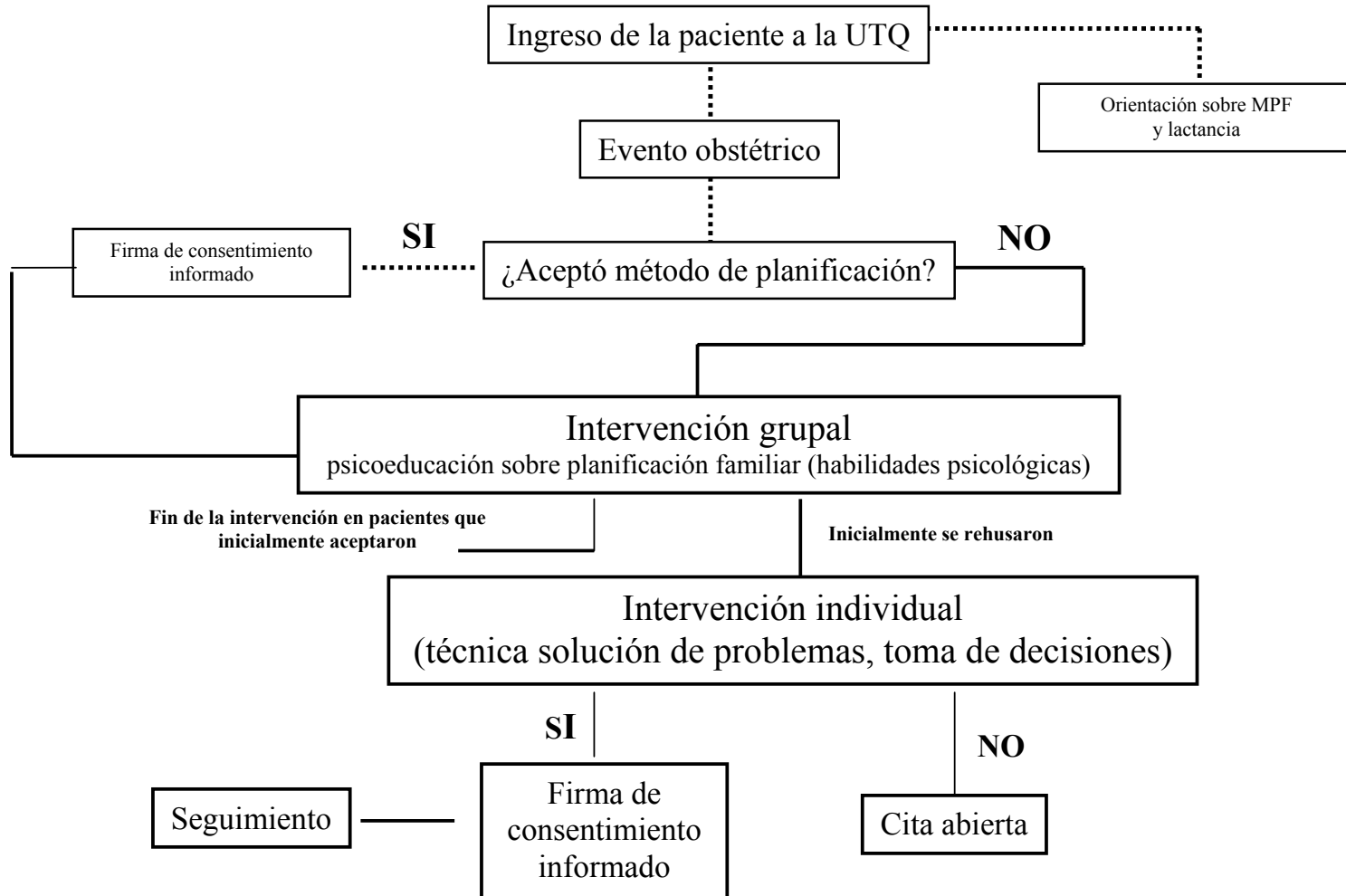
El siguiente flujograma describe el procedimiento de la intervención: las líneas punteadas señalan la intervención del personal médico desde que ingresaban las pacientes a la unidad tocoquirúrgica<sup>1</sup>, se orientaba a las pacientes respecto a métodos de planificación familiar y la lactancia materna.

Después del evento obstétrico (nacimiento), se le preguntaba a la paciente si aceptaba algún método de planificación familiar; si la paciente contestaba afirmativamente, se le solicita su firma de consentimiento informado y se le colocaba el método solicitado (el método que se le ofrecía a la paciente después del parto era el DIU). Las líneas continuas marcan la intervención psicológica tanto grupal como individual y las técnicas más frecuentes en las intervenciones.

---

<sup>1</sup> Área donde se recibe atención durante el proceso de parto, hasta antes del alumbramiento del producto.

## Flujograma de la intervención



Para la intervención con enfoque cognitivo-conductual tanto grupal como individual, se utilizaron las siguientes categorías conductuales propuestas por de los Rios (2002):

- Contacto visual. Ocurre cuando el terapeuta sostiene la mirada a los ojos de la paciente o a la cara de la paciente, sin importar si la paciente la está viendo o no.
- Acercamientos breves. Ocurre cuando el terapeuta se sitúa a una distancia no mayor del largo de un brazo por un periodo no menor a cinco segundos.
- Proximidad. Igual que la categoría anterior, pero por periodos mayores a cinco segundos.
- Contacto físico. El terapeuta toca o palmea a la paciente.
- Sonreír. El terapeuta levanta las comisuras de los labios sin emitir ningún sonido.
- Reír. Consiste en levantar las comisuras de los labios o abrir congruentemente la boca con un sonido hilarante, acompañado o no de un comentario.

Las técnicas psicológicas utilizadas en esta intervención fueron las siguientes:

### **Elementos para optimizar la comunicación positiva terapeuta-pacientes**

Se refiere a habilidades de comunicación con la que debe contar el terapeuta para entender las necesidades de la paciente, principalmente en: confidencialidad, respeto, empatía, emparejamiento y persuabilidad (Kanfer y Goldstein, 1993).

### **Reestructuración cognitiva**

En esta técnica el terapeuta ayuda al paciente a modificar pensamientos o creencias que le impiden responder o funcionar adecuadamente a las demandas de su ambiente, a partir del análisis lógico y real de sus problemas (Meichenbaum, 1998).



## **Solución de problemas**

Técnica propuesta por D´Zurilla (1986) que orienta al paciente al problema, desarrolla en él habilidades para generar soluciones y alternativas; las evalúa en cuanto a su viabilidad y consecuencias; y orienta al paciente a tomar decisiones y finalmente ejecutar la solución.

Estas fueron las técnicas más empleadas durante el procedimiento de información y persuasión de las pacientes sobre el uso de MPF, sin embargo, también se detectaron situaciones particulares relacionadas con aspectos de tipo familiar, pareja, económicos, etc., para los que se implementaron otras herramientas como las de contención emocional y se les extendió una cita abierta al servicio de psicología.

## **Resultados**

En este grupo los motivos que las pacientes refirieron para rehusar el uso de algún método anticonceptivo se agruparon en las siguientes categorías: experiencias negativas con métodos anticonceptivos utilizados previamente, creencias erróneas acerca de los anticonceptivos, causas personales, calidad en el ofrecimiento de los métodos de planificación familiar y dolor del parto.

Se buscaron diferencias sobre las razones para rehusar los métodos de planificación familiar entre aquellas pacientes que los aceptaron después de la intervención y las que continuaron rehusándolos. Debido a que el número de participantes que aceptaron después de la intervención prácticamente doblaba al de las que continuaron rehusándolo (40 contra 26, respectivamente), se realizó un apareamiento de las pacientes por sus características sociodemográficas. Esto como una precaución metodológica adicional, a fin de evitar que las diferencias no fueran atribuibles a características diferentes de los grupos (como nivel de escolaridad) o afectadas por el tamaño dispar de los grupos. La efectividad del apareamiento se sometió a un análisis estadístico, empleando una prueba *t* para grupos independientes como prueba de bondad de ajuste, con el objetivo de observar que no hubiera diferencias estadísticamente significativas por las características sociodemográficas de los grupos apareados, en cuanto a las características sociodemográficas: edad, estado civil, escolaridad, ocupación y religión pueden considerarse como un mismo grupo (*p* asociada osciló entre .161 y 1.0,  $>.05$ , en todas las variables).

Para analizar las diferencias entre las razones para rehusar el MPF entre las pacientes que aceptaron después de la intervención y las que continuaron rehusando, se aplicó la prueba estadística *U* de Mann-Whitney. Es la alternativa no paramétrica a la prueba *t* para grupos o muestras independientes (Siegel, 1991).

Sólo se observaron resultados limítrofes en el número de gestas ( $Z=-1.809$ ,  $p=0.070$ ), el resto de las variables no mostraron diferencias estadísticamente significativas.

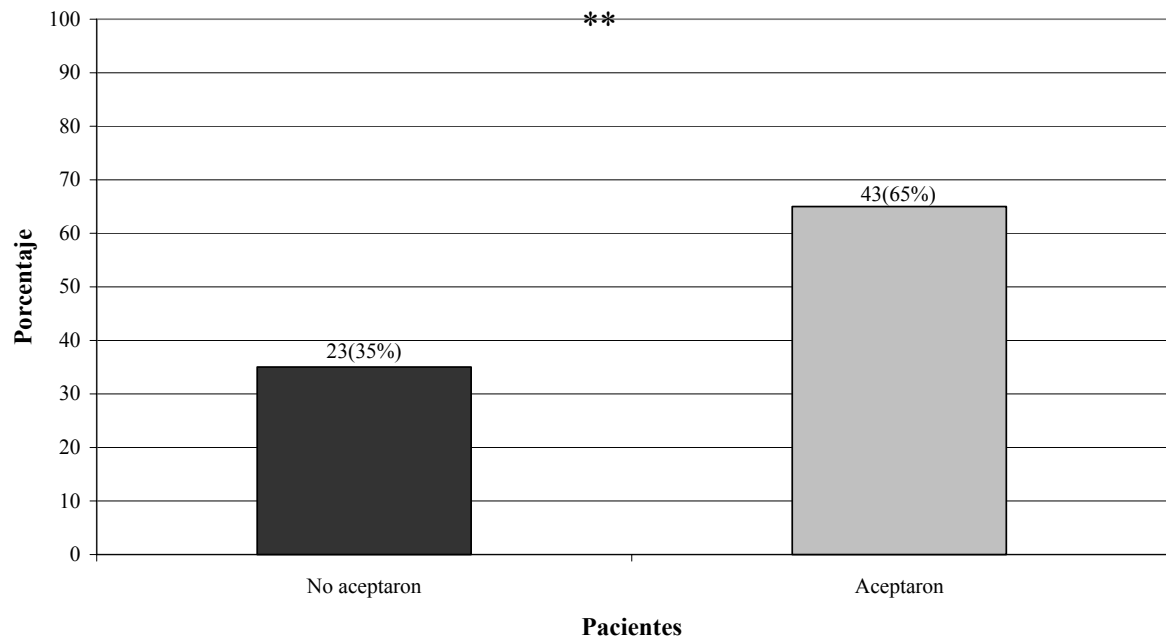
Debido a las características de los datos (variables dicotómicas medidas dos veces en los mismos sujetos), se analizaron los cambios para la aceptación de algún método de planificación familiar después de la intervención, mediante la prueba de McNemar para la significancia de cambios.

La prueba de McNemar para la significancia de los cambios es particularmente apropiada para los diseños “antes y después” en donde cada persona sirve como su propio control; en la medida tiene la fuerza de una escala nominal u ordinal. Así, puede usarse para probar la efectividad de un tratamiento particular (Siegel, 1991).

Los resultados estadísticos muestran cambios estadísticamente significativos ( $p<.05$ ,  $p<.01$ ) respecto a que las pacientes cambiaron de opinión para aceptar algún anticonceptivo después de la intervención.

Los resultados obtenidos se observan en la figura cinco, donde la abscisa muestra los porcentajes de aceptación, mientras que la ordenada muestra tanto a las pacientes que aceptaron algún método después de la intervención como las que no cambiaron de decisión.

**Figura 5. porcentaje de elección de métodos de planificación familiar posterior a la intervención. Grupo total**



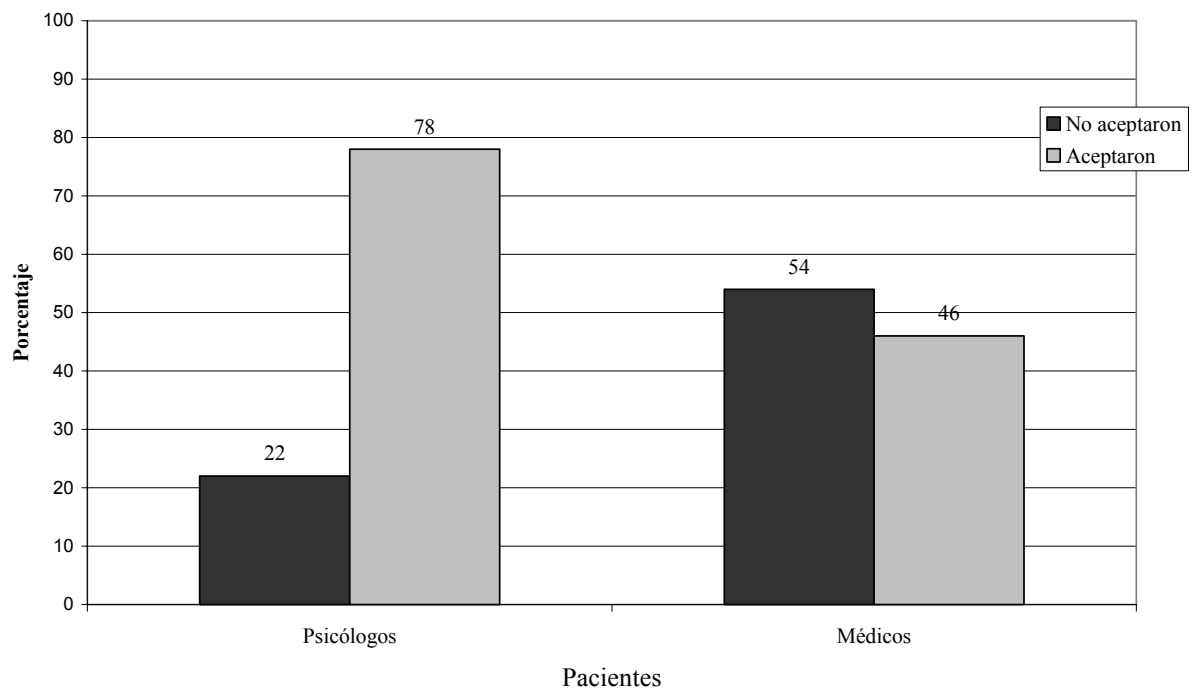
\* $p < .05$ ,  $p < .01$ \*\*

La figura 5 muestra el porcentaje de elección de métodos de planificación familiar posterior a la intervención psicológica cognitivo-conductual para promover el uso de anticonceptivos después del parto. La barra clara muestra que el 65% de las pacientes aceptó algún método; mientras que la barra oscura, muestra que el 35% no aceptó aún después de la intervención, esta diferencia fue estadísticamente significativa a .000 de probabilidad asociada.

A fin de evaluar si los cambios en la aceptación de MPF se debieron a la intervención psicológica o a la oferta de éstos en sí, se realizó un análisis descriptivo adicional, para establecer la productividad mensual sobre aceptación de métodos de planificación familiar posevento obstétrico, con la oferta de MPF realizada por el personal médico.

En ambos casos, oferta por psicólogos o médicos, se ofrecieron los mismos métodos anticonceptivos disponibles en el servicio, durante el evento obstétrico y posterior a éste. Los resultados obtenidos se muestran en las figura 6.

**Figura 6. Porcentaje de aceptación de métodos de planificación familiar en función del profesional que lo ofrece**



La figura 6 muestra los porcentajes de productividad mensual sobre aceptación de MPF en función del profesional que los ofrece, tanto de los médicos como de los psicólogos.

La barra claras muestran el porcentaje de pacientes que aceptaron algún método y la barra oscura muestra el porcentaje de pacientes que no aceptaron método alguno.

Se observa que en la productividad mensual de los métodos anticonceptivos posevento obstétrico ofrecido por los psicólogos fue que 78% (barra clara) de las pacientes aceptó

algún método, mientras que el 22%(barra oscura) no aceptó método alguno aún con la intervención. La productividad mensual por parte de los médicos fue la siguiente: el 54%(barra clara) aceptó algún método; mientras que el 46% (barra oscura) muestra no aceptó ningún método. Lo que sugiere que la consideración de los aspectos comportamentales es crítica en la aceptación de MPF.

Para calcular la significancia estadística de la efectividad entre las pacientes que se sometieron a la intervención psicológica en comparación con la médica respecto al ofrecimiento de métodos de planificación posparto, se utilizó la prueba estadística de ji cuadrada, que se utiliza para comparar la distribución de las frecuencias de respuestas en variables nominales y dicotómicas (Siegel,1991).

Los resultados obtenidos muestran una diferencia estadísticamente significativa entre la frecuencias con que fueron aceptados los métodos de planificación familiar cuando el ofrecimiento fue hecho por psicólogos, no así, en el caso de los médicos.

<b>Cuadro 6, Efectividad de la intervención para la aceptación de métodos de planificación familiar</b>			
	Si aceptaron (frecuencia)	Si aceptaron (frecuencia)	P
Intervención psicológica	238	65	.000
Intervención médica	234	198	.083

## **Discusión**

Los propósitos de la presente investigación consistieron, en evaluar la información que poseían sobre métodos de planificación familiar en pacientes puérperas durante su estancia hospitalaria, y en diseñar y evaluar el impacto de una intervención cognitivo-conductual, para incrementar el uso razonado de métodos de planificación familiar.

La primera parte de este estudio consistió en evaluar las creencias más frecuentes que reportaron las pacientes para rehusar el uso de algún método anticonceptivo. Éstas fueron las relacionadas con el DIU (falla, se encarna, causa mayor sangrado, se cae) y

con los anticonceptivos hormonales (engordan, se olvidan fácilmente, alteran los nervios, etc.) las cuales, frecuentemente fueron erróneas.

Entre las razones más frecuentes que mencionaron las pacientes para no aceptar la colocación del dispositivo intrauterino inmediatamente después del parto, estuvo la expulsión del mismo. Sin embargo, la literatura reporta que este método colocado en el posparto es eficaz e inocuo (Lara, Menocal, Ramos y Velásquez, 2006) y sólo el 16 por ciento de pacientes expulsa el DIU durante el puerperio (Bonilla, Aguilar, Cázares, Hernández y Luna, 2004).

La intervención que se instrumentó para corregir estas creencias, tanto en lo grupal como en lo individual, incluyó información sobre anticoncepción clara y precisa, cubriendo los criterios de la norma médica (información, disponibilidad y accesibilidad de los métodos anticonceptivos) y atendiendo las peculiaridades idiosincráticas de la población. Su propósito consistió en incrementar el uso razonado de métodos anticonceptivos, así como evitar el abandono de su uso.

Para la intervención se tomaron en cuenta características conductuales positivas tales como: contacto visual, sonreír, acercamientos breves, proximidad y contacto físico (de Los Ríos, 2002; Kim, Kols, Martin, Silva, Rinehart, Prammawat, et al, 2005), además de los principios básicos de respeto a los derechos y a la dignidad de las personas especificados en el *Código Ético del Psicólogo* (Sociedad Mexicana de Psicología, 2002).

Las técnicas psicológicas que se emplearon con mayor frecuencia para incrementar el uso razonado de anticonceptivos en la intervención individual fueron: reestructuración cognitiva, solución de problemas y toma de decisiones, además de las habilidades del



terapeuta durante la entrevista, las cuales tienen un papel importante en la eficacia de las intervenciones psicológicas (Marinho, Caballo y Silveira, 2003).

Para promover el uso razonado de anticonceptivos después del parto, la psicología aporta técnicas de intervención basadas en la investigación científica, las cuales fueron opciones accesibles a las pacientes para facilitar la aceptación de algún método de planificación familiar y de reducir el número de embarazos no planeados y la mortalidad materna (Núñez-Urquiza, Hernández-Prado, García-Barrios, González y Walker, 2003). Si bien el manejo habitual de atención durante el parto, incluye la oferta de métodos de planificación de parte del personal de salud, en este estudio se observó un rechazo del 46%. Al implementar la intervención psicológica grupal e individual para los casos que continuaron rehusando, éste se redujo al 22%. Algunas de las razones para no aceptar ningún método fueron: temor a aumentar el dolor y la incomodidad post parto, y experiencias negativas con métodos anticonceptivos.

De las variables sociodemográficas, sólo el número de gestas fue una variable que mostró un nivel de significancia limítrofe para la aceptación de algún método anticonceptivo después del parto, lo cual coincide con lo reportado por Santana (2000) respecto a que el número de partos es un factor que influye de manera positiva sobre la decisión de usar algún anticonceptivo posparto. Sin embargo, estos resultados difieren de otra investigación realizada en Teherán, en la que se encontró que la edad de las pacientes, el nivel educativo y el estrato socioeconómico fueron variables significativas para la aceptación de métodos anticonceptivos después del parto, aunque debemos considerar que el número de participantes en este estudio fue menor.

Cabe señalar que el consentimiento informado para la aceptación de las pacientes fue una de las prioridades para este estudio, ya que a pesar de que hubo pacientes

multigestas o con cierto riesgo reproductivo que no aceptaron ningún método o que decidían postergar su decisión por diversas razones, se respetó el derecho de la paciente a no aceptar ningún método.

La intervención individual en aquellas pacientes que a pesar de haber participado en la intervención grupal continuaban rehusándose a utilizar algún método mostró ser una variable importante para el incremento en la aceptación, debido a que en esta intervención se analizaban y resolvían las necesidades específicas de cada paciente.

Es importante mencionar que la labor de los profesionales de la psicología interesados en el campo clínico hizo una diferencia importante en los resultados de la oferta sistemática de los servicios a nivel hospitalario. Las herramientas de la profesión son útiles en el manejo del cuidado de la salud, los esfuerzos por insertarse en los equipos multidisciplinarios, reducen en una mejor aceptación de los procedimientos médicos, adherencia terapéutica, y conducta de autocuidado (Sánchez-Sosa, 2002).

La participación del psicólogo debe recibir y buscar mayor atención ya sea: a) realizando funciones de investigación, planeación, prevención, intervención y evaluación, y b) en la difusión de sus trabajos en revistas o eventos académicos, donde tradicionalmente se divulgan los de los propios médicos (Piña, 2004).

## **Conclusiones**

La hospitalización es una oportunidad importante que tienen las pacientes de recibir información respecto al cuidado de la salud reproductiva y a las opciones de planificación familiar, ya que muchas de ellas no regresan a sus citas médicas después del parto (Hiller, Griffith y Jenner, 2002).

Mediante una intervención cognitivo-conductual tanto individual como grupal se incrementó la aceptación de algún método anticonceptivo en pacientes púerperas durante la estancia hospitalaria.

Los obstáculos relacionados con la no aceptación de métodos de planificación familiar en un periodo crítico como el puerperio se relacionaron principalmente con creencias distorsionadas respecto a los métodos de planificación familiar tal y como fue expresado por autorreporte en el primer estudio. Durante el proceso de entrevista del segundo estudio, se observaron otros, principalmente relacionados con: la calidad de la atención de los servicios de salud, y aspectos emocionales, como miedo a los métodos, dolor, creencias erróneas, etc.; algunas pacientes refirieron preocupación por la opinión de sus parejas y otros significativos como sus madres y suegras.

Los esfuerzos para ofrecer a las pacientes una integración de servicios de salud reproductiva no garantizan necesariamente una atención de calidad si los prestadores de estos servicios no revisan sistemáticamente las necesidades específicas de cada paciente.

Por ello, corresponde a los profesionales de la conducta evaluar y modificar aquellas circunstancias que dificultan la aceptación de los métodos anticonceptivos durante el

puerperio, mediante la oferta sistemática de los servicios de planificación familiar, siendo además, la forma más eficiente de intervención.

Cabe mencionar que las pacientes no sólo aceptaron los MPF porque no se les habían ofrecido, sino que la intervención psicológica mejoró notablemente su aceptación, otra comparación en la que los médicos ofrecieron los mismos métodos anticonceptivos postparto, la productividad mensual descendió del 78 al 54%.

Se logró una coparticipación importante con el equipo de salud tanto del personal médico como el de enfermería, lo que permitió que se generará una demanda de acción conjunta entre el personal de salud y psicología. Acciones en las que los profesionales de la psicología se han integrado exitosamente a programas para proporcionar a las pacientes una atención integral respecto a su salud reproductiva, redundan en el mejor aprovechamiento de los recursos y bienestar de las usuarias.

Para trabajos posteriores se recomiendan:

Diseñar estudios en los que se evalúe el impacto de una intervención cognitivo-conductual para promover el uso razonado de métodos anticonceptivos desde el control prenatal.

Capacitar a los prestadores de servicios en salud reproductiva, para mejorar la calidad de la atención que se ofrece a las mujeres, resaltando los componentes de una comunicación efectiva, ya que la población seguirá creciendo y, por lo tanto, también el número de personas que requerirán dichos servicios.

Insistir en la promoción de métodos anticonceptivos después del parto en el grupo de adolescentes, cabe recordar que el 23% de este grupo fue menor a los 20 años, tomando

en cuenta su riesgo reproductivo, con el objetivo de prevenir embarazos no planeados y prevalencia de enfermedades relacionadas durante el embarazo, parto y puerperio.

Realizar investigaciones en las que se evalúe la educación sobre planificación familiar en pacientes que recibieron esta información durante el embarazo, con aquellas que sí la recibieron y evaluar la aceptación de los mismos.

Diseñar protocolos de investigación para la promoción de MPF a nivel de prevención primaria entre la población adolescente.

## Referencias

Acosta, G. (2003). Viacrucis de la muerte materna, *Oficina Regional de UNICEF para América Latina y el Caribe*. Recuperado el 25 de noviembre de 2005. De: [www.unicef.org/argentina/spanish/ar\\_insumos\\_mortalidadmaterna.pdf](http://www.unicef.org/argentina/spanish/ar_insumos_mortalidadmaterna.pdf)

Bledsoe, S. y Grote, N. (2006). Treating depression during pregnancy and the postpartum : A preliminary meta-analysis. *Research on social work practice, 16*(2), 109-120.

Bolam, A., Manandhar, D., Shrestha P., Ellis, M. y Costello, A. (1998). The effects of postnatal health education for mothers on infant care and family planning practices in Nepal: a randomised controlled trial. *British medical journal, 316*, 805-811.

Bonilla, R., Aguilar, Z., Cázares, M., Hernández O. y Luna, R. (2004). Factores de expulsión del dispositivo intrauterino TCu380A, *Revista Médica del IMSS, 43*(1), 5-10.

Buendía, M. comunicación personal, 14 de diciembre de 2006.

Brenes, V., Mesa, A., Ortiz, O., Contreras, X., Vernon, R., Reyes, et al (1998). El derecho al consentimiento informado: Un ejercicio en construcción, leyes, casos y procedimientos de queja en los servicios de planificación familiar en México. Population Council. Recuperado el en.

[www.afluentes.org/documentos/consentimiento](http://www.afluentes.org/documentos/consentimiento)

Cormier, S. y Nurius, P. (2003). Interviewing and change strategies for helpers (4ta ed., pp 307-344). CA: Thomson Brooks Cole.

Cortazar-Palapa, Oviedo, T., Bárcenas P., Riveros A., Carbajal, M. y Carrera, A. (2005). Información y uso de los métodos de planificación familiar en pacientes puérperas durante su estancia hospitalaria. Cartel. VIII Foro Interinstitucional de Investigación en Salud. Toluca, Edo. de México, 2005.

Cruz-Almanza, Ma., Gaona-Márquez, L. y Sánchez-Sosa, J. J. (2006). Empowering women abused by their problem drinker spouses: Effects of a cognitive-behavioral intervention. *Salud Mental*, 29(5), 25-31.

Daniells, S., Grenyer, B., Davis, W., Coleman, K., Burgess, J. y Moses R. (2003). Gestational diabetes mellitus is a diagnosis associated with an increase in maternal anxiety and stress in the short and intermediate term. *Diabetes Care*, 26(2), 385-389.

De los Ríos, J. y Sánchez Sosa, J.J. (2002). Well-Being and medical recovery in the critical care unit: The role of the nurse-patient interaction, *Salud mental*, 25(2), 25-31.

Donnay, F. (2000). Maternal survival in developing countries: What has been done, what can be achieved in the next decade. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 70, 89-97.

D'Zurilla, T. (1986). *Problem Solving Therapy. A Social Competence Approach to Clinical Interventions*. Nueva York: Springer.

Elu, M. C. y Santos, P. E. (2004). Mortalidad materna: Una tragedia inevitable. *Perinatología y Reproducción Humana*, 18(1), 44-52.

Family Health International (1995). The importance of family planning in reducing maternal mortality. Recuperado el 5 de agosto de 2005 En:

[www.fhi.org/en/fp/pother/fctsht/fctsht11.html](http://www.fhi.org/en/fp/pother/fctsht/fctsht11.html)

Foreit, K., Foreit, J., Lagos, G. y Guzmán, A. (1993). Effectiveness and cost-effectiveness of postpartum IUD insertion in Lima, Perú. *International Family Planning Perspectives*, 19(1), 19-24.

Fortney, J. A. (1987). The importance of family planning in reducing maternal mortality. *Studies in Family Planning*, 18(2), 109-114.

Frenk, J. (2006). Bridging the divide: global lessons from evidence-based health policy in Mexico. *The Lancet*; 368, 954-961.

Hiller, J., Griffith, E. Y Jenner, F. (2002). Education for contraceptive use by women after childbirth (Cochrane Review). Database of systematic reviews, 1. Recuperado el 4 de abril de 2006 en: <http://www.update-software.com>

Índice de Esfuerzo del Programa Materno y Neonatal (2002). Herramienta para la incidencia política en la salud materna. Recuperado el 27 de marzo de 2006. En:

[http://www.policyproject.com/pubs/MNPI/Mexico\\_MNPI.pdf](http://www.policyproject.com/pubs/MNPI/Mexico_MNPI.pdf)



Instituto Nacional de Geografía y Estadística (2004). Principales causas de mortalidad materna. Recuperado el 25 de noviembre de 2006. En:

[http://www.inegi.gob.mx/lib/olap/general\\_ver3/MDXQueryDatos.asp](http://www.inegi.gob.mx/lib/olap/general_ver3/MDXQueryDatos.asp)

Kanfer, F. & Goldstein, A. (1993). Cómo ayudar al cambio en psicoterapia. (4ª ed. Pp 31-76). Desclée de Brouwer.

Kim, Y., Kols, A., Martin, A., Silva, D., Rinehart, W., Prammawat, S., Johnson, S. y Church, K. (2005). Promoting informed choice: evaluating a decision-making tool for family planning clients and providers in Mexico. *International Family Planning Perspectives*, 31(4), 162-171.

Lara, R., Menocal, G., Ramos, C. y Velásquez, N. (2006). Estudio comparativo al azar entre los dispositivos intrauterinos Multiload Cu375 y TCU 380ª, colocados durante el posparto. *Ginecología y Obstetricia en México*, 74(6), 306-311.

Marinho, M., Caballo, V. y Silveira, J. (2003). Cuestiones olvidadas en la terapia conductual: Las habilidades del terapeuta. *Psicología Conductual*, 11(1), 135-161.

Martin, G. y Pear, J. (1999). Modificación de conducta. México: Prentice Hall, México.

Masters, K. (2006). Recurrent abdominal pain, medical intervention, and Biofeedback: what happened to the biopsychosocial model? *Applied psychophysiology and biofeedback*, 31(2), 155-165.

Meinchenbaum, D. (1998). Terapias cognitivo conductuales En Linn, S. y Garske. Psicoterapias contemporáneas. Modelos y métodos. (pp 331-361.). Desclée de Brouwer.

Milgrom, J., Negri, L., Gemmill, A., McNeil, M. y Martin, P. (2005). A randomized controlled trial of psychological interventions for postnatal depression. *British journal of clinical psychology*, 44(4), 529-542.

Misri, S., Oberlander, T., Fairbrother, N., Carter, D., Ryan, D., Kuan, A. y Reebye, P. (2004). Relation between prenatal maternal mood and anxiety and neonatal health. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(10), 684-689.

Morales, F. (1999). Introducción a la psicología de la salud (pp 170-173). Ed. Paidós, México.

Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993 de los servicios de planificación familiar (modificada). Recuperado el 23 de julio de 2005. En:  
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m015ssa24.html>

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio del recién nacido.

Nuñez-Urquiza, R., Hernández-Prado, B., García-Barrios, C., González, D. y Walker, D. (2003). Embarazo no deseado en adolescentes, y utilización de métodos anticonceptivos posparto, *Salud Pública de México*, 45(1), 92-102.

Organización Mundial de la Salud (1995) Informe sobre la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing. Recuperado el 25 de noviembre de 2006 de [http://www.inmujer.df.gob.mx/tus\\_derechos/beijing/inform\\_beijing.pdf](http://www.inmujer.df.gob.mx/tus_derechos/beijing/inform_beijing.pdf)

Organización Mundial de la Salud (2003). Effective contraception-more benefits than meet the eye. *Progress in reproductive health research*, 62. pp 1-8. Recuperado el 20 de noviembre de 2006 de: <http://www.who.int/reproductive-health/hrp/progress/2003.html>

Organización Mundial de la Salud (1994). Informe de la conferencia internacional sobre la población y el desarrollo.

Organización Mundial de la Salud (2005). Criterios de elegibilidad médica para el uso de anticonceptivos. Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 25 de noviembre de 2005. De: [www.who.int/reproductive-health/publications/es/mec/mec\\_es.pdf](http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/mec/mec_es.pdf)

Organización Panamericana de la Salud (2005). Género, Salud y Desarrollo en las Américas. recuperado el 25 de noviembre de 2006. De: <http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/GenderBrochureSP05.pdf>

Pérez-Palacios, G., Morales, A. y Varela, Y. (2000). El programa de salud reproductiva en México. Alcances y desafíos. *Gaceta Médica de México*, 136(3), 3-7.

Pérez, R. y Márquez, L. (2005). La atención a la salud durante el embarazo y el parto. Una propuesta desde la psicología de la salud. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 61-75.

Piña, Julio (2004). La Psicología y los psicólogos en el sector de la salud en México: Algunas realidades perturbadoras. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 191-205.

Reynoso, L. y Seligson, I. (2005). Psicología Clínica de la Salud, Manual Moderno, México.

Rivera, R. (1997). Mejorar la planificación familiar después del embarazo. *Network*, 17(4), Recuperado el 11 de junio de 2005. De: <http://www.fhi.org/sp/networks/sv17-4/ns1742.html>.

Roa, A. (1995). Evaluación en psicología clínica y de la salud, CEPE, Madrid. 501-569.

Rosengard, C., Phipps, M., Adler, N. Y Ellen, J. (2004). Adolescent pregnancy intentions and pregnancy outcomes: a longitudinal examination. *Journal of Adolescent Health*, 35(6), 453-461.

Sánchez-Sosa, J.J. (2002). Health Psychology: Prevention of disease and illness; maintenance of health. Encyclopedia of Life Support Systems (EOLSS);Psychology. Oxford, En: <http://www.eolss.net>

Santana, F., Ovies, G. y Padrón, R. (2000). Anticoncepción posparto en un área de salud urbana de la ciudad de La Habana. *Revista Cubana de Endocrinología*, 11(3), 160-167.

Santín, V., Torrico, E., López, L. y Revilla D. (2003). Conocimiento y utilización de los métodos anticonceptivos y su relación con la prevención de enfermedades de transmisión sexual en jóvenes. *Anales de Psicología*, 19(1), 81-90.

Sato, A. (2004). Impact of a school-based comprehensive program for pregnant teens on their contraceptive use, future contraceptive intention, and desire for more children. *Journal of Community Health Nursing*, 21(1), 39-47.

Secretaría de Salud (2001). Programa de Acción: Salud Reproductiva. México.

Secretaría de Salud (2002). Programa de acción: “Arranque parejo en la vida”. México.

Sheeder, K. y Stevens-Simon, J. (2005). Why Lightning strikes twice: Postpartum resumption of sexual activity during adolescence. *Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology*, 18(5). 327-335.

Siegel, S. (1991). Estadística no paramétrica. 3a ed. México: Trillas.

Sociedad Mexicana de Psicología (2002). *Código ético del psicólogo*. (p. 121). México: Trillas.

Student Health Center (2005). Oral contraceptives. University of Oregon. Recuperado el 22 de mayo de 2005. De: <http://darkwing.uoregon.edu/~uoshc/oralcontracept.html>.

Tehrani, F., Farahani, F. y Hashemi, M. (2001) Factors Influencing contraceptive use in Tehran. *Family Practice*, 18(2), 204-208.

Trull, T. y Phares, J. (2003). *Psicología clínica*. México. 6a. ed., México: Thomson. 373-404.

Velasco, M. V. (2002). La mortalidad materna: Un problema vigente hasta nuestros días. *Revista Médica del IMSS*, 40(3), 185-186.

Vernon, R. y Foreit, J. (2000). Cómo mejorar la prestación de los servicios integrales de salud reproductiva. *Perspectivas internacionales en planificación familiar*. Pp 32-34.

Recuperado el 5 de agosto de 2006. En:

<http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2603200S.pdf>

Winikoff, B. y Mensch, B. (1991). Rethinking postpartum family planning. *Studies in Family Planning*, 22(5), 294-307.

World Health Organization (2003). Effective contraception: More benefits than meet the eye. *Progress in Reproductive Health Research*, 62, 1-7.

World Health Organization (2004). Medical eligibility criteria for contraceptive use.

Geneva. Recuperado el 5 de agosto de 2006. De:

<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/mec/mec.pdf>.

Zatuchni, G. y Ross, J. (1967). International postpartum family planning program.

*Studies in Family Planning*, 1( 22), 1-22.

## LISTA EXPLORATORIA

<i>PACIENTE</i>	<i>COMPAÑERO SEXUAL</i>
No expediente: _____ Edad: _____	Edad: _____
Escolaridad: _____ Edo. civil: _____	Escolaridad: _____
Ocupación: _____ Religión: _____	Ocupación: _____
Originaria: _____ Residente: _____	Religión: _____
Gestas: _____ Parias: _____ Cesáreas: _____	Originario: _____
Abortos: _____ Óbitos: _____ MPF	Residente: _____

**Preguntas**

1. ¿Alguna vez en su vida ha recibido información sobre métodos de planificación familiar? \_\_\_\_\_ ¿En dónde?

2. Para usted, ¿qué son los métodos de planificación familiar?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. ¿Qué métodos de planificación familiar conoce?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. ¿Qué piensa de usar métodos de planificación familiar?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. ¿Alguna vez ha utilizados métodos de planificación familiar?

¿Cuál(es)?

¿Los métodos de planificación familiar que ha utilizado le han funcionado? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. ¿Qué le dicen sus conocidos de los métodos de planificación familiar?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. ¿Actualmente, a quién(es) le(s) pide su opinión para que usted decida que método de planificación familiar usar,?

¿Qué le dice(n)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. ¿Qué ventajas tienen los métodos de planificación familiar?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Anexo 2

### Carta Descriptiva

#### Sesión para la promoción de los métodos de planificación familiar.

Tiempo: 35 min.

TEMA	ESTRATEGIAS	MATERIAL	TIEMPO
Presentación y explicación respecto al propósito del taller	Exposición del instructor		3 min.
Evaluación de información de los métodos	Lluvia de ideas	Pizarrón	5 min.
Beneficios de los métodos de planificación	Lluvia de ideas y exposición del instructor	Rotafolio	5 min.
Anticonceptivos que ofrece el hospital	Exposición del instructor	Anticonceptivos y rotafolio	5 min.
Métodos de Planificación Familiar	Exposición del instructor.	Anticonceptivos y rotafolio	10 min.
Dudas o comentarios	Exposición del instructor		7 min.
Cierre de la sesión			



**Anexo 3**

**Hospital General de Atizapán**

**División de**

**Ginecología y Obstetricia**

**Métodos de Planificación Familiar**

**Lic. Jackeline M. Cortazar P.**

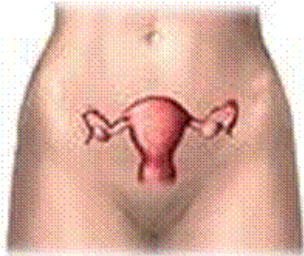
## Métodos temporales

- Naturales
- De barrera
- Dispositivo intrauterino (DIU)
- Hormonales (orales, inyectables, parches, implantes, etc.)

## Métodos definitivos

- Quirúrgicos {
  - Salpingoclasia
  - Vasectomía

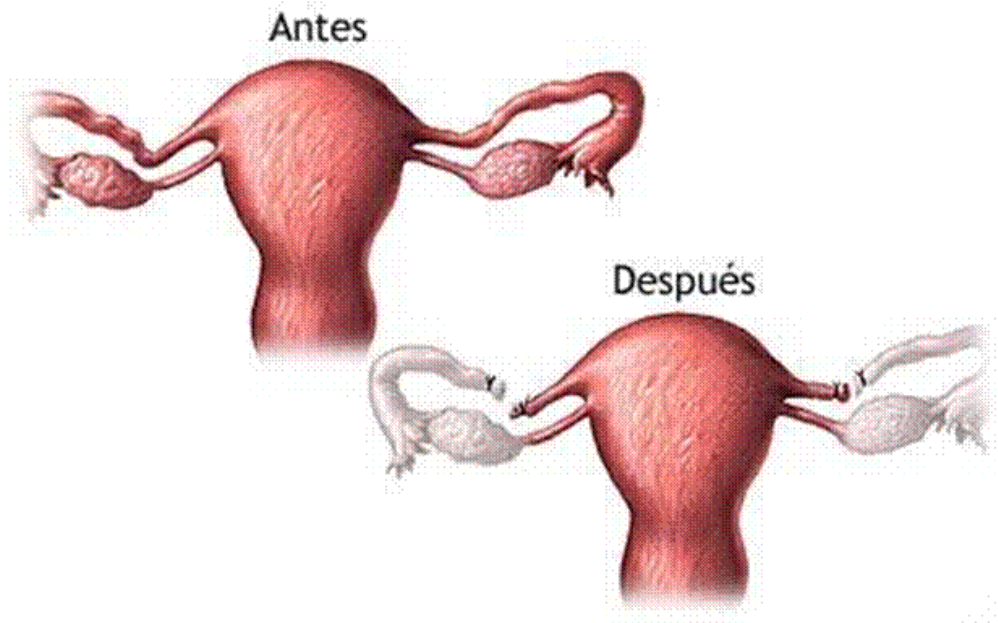
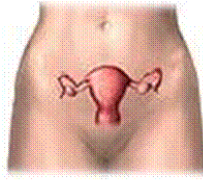
# Aparato reproductor femenino



Ovario y trompa  
de Falopio  
izquierdo  
Útero  
Cuello uterino  
Vagina

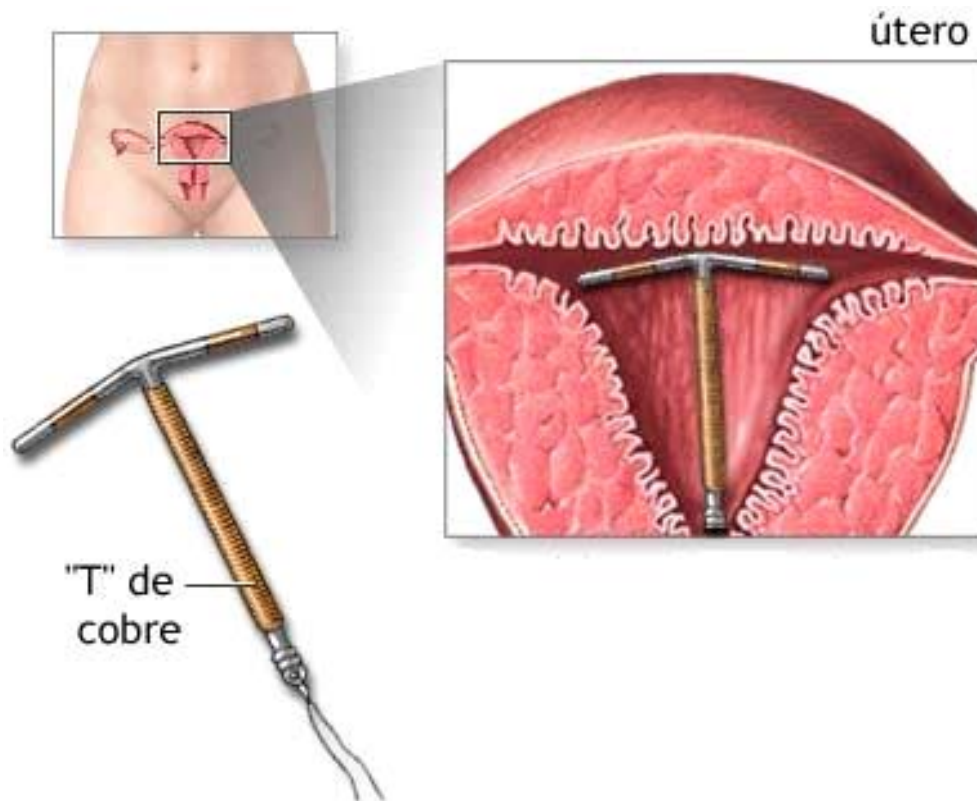


# Salpingoclasia



**Procedimiento quirúrgico simple y sin riesgo, que puede realizarse con anestesia local y sedación leve.**

## Dispositivo intrauterino (DIU)



**Marco de plástico pequeño y flexible, que lleva un alambre de cobre y se inserta en el útero de la mujer.**

# Condón



Condón de  
látex  
enrollado

Apretar la punta del condón para que no quede aire adentro y sujetar la punta mientras se desenrolla en condón sobre la base del pene

**Bolsa hecha de plástico (látex), que se coloca en el pene erecto del hombre para evitar el paso de los espermatozoides.**

## **Anexo 4**

### **Reporte hospitalario**

El hospital General de Atizapán “Dr. Salvador González Herrejón Daimler-Chrysler”, clasificado como un hospital de segundo nivel, se encuentra ubicado en Blvd. Adolfo López Mateos esq. Montesol S/N Col.Potrero en el municipio de Atizapán de Zaragoza Estado de México.

Esta sede hospitalaria tiene como misión conducir y ejecutar con alto sentido de equidad y justicia las políticas de salud en el estado de México, a efecto de proteger y preservar la salud de la población. Además de ser un organismo integrador de los servicios de salud, que genere y facilite, con profesionalismo, excelencia y alto sentido humano, las acciones encaminadas a satisfacer las necesidades de salud de la población.

El programa de trabajo establecido por el programa de maestría y doctorado en psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México y el Hospital General de Atizapán, tiene como objetivo establecer las bases de colaboración entre las partes para desarrollar un proyecto específico de formación y capacitación de recursos humanos en el área de posgrado de psicología de la UNAM, específicamente en la residencia de Medicina conductual.

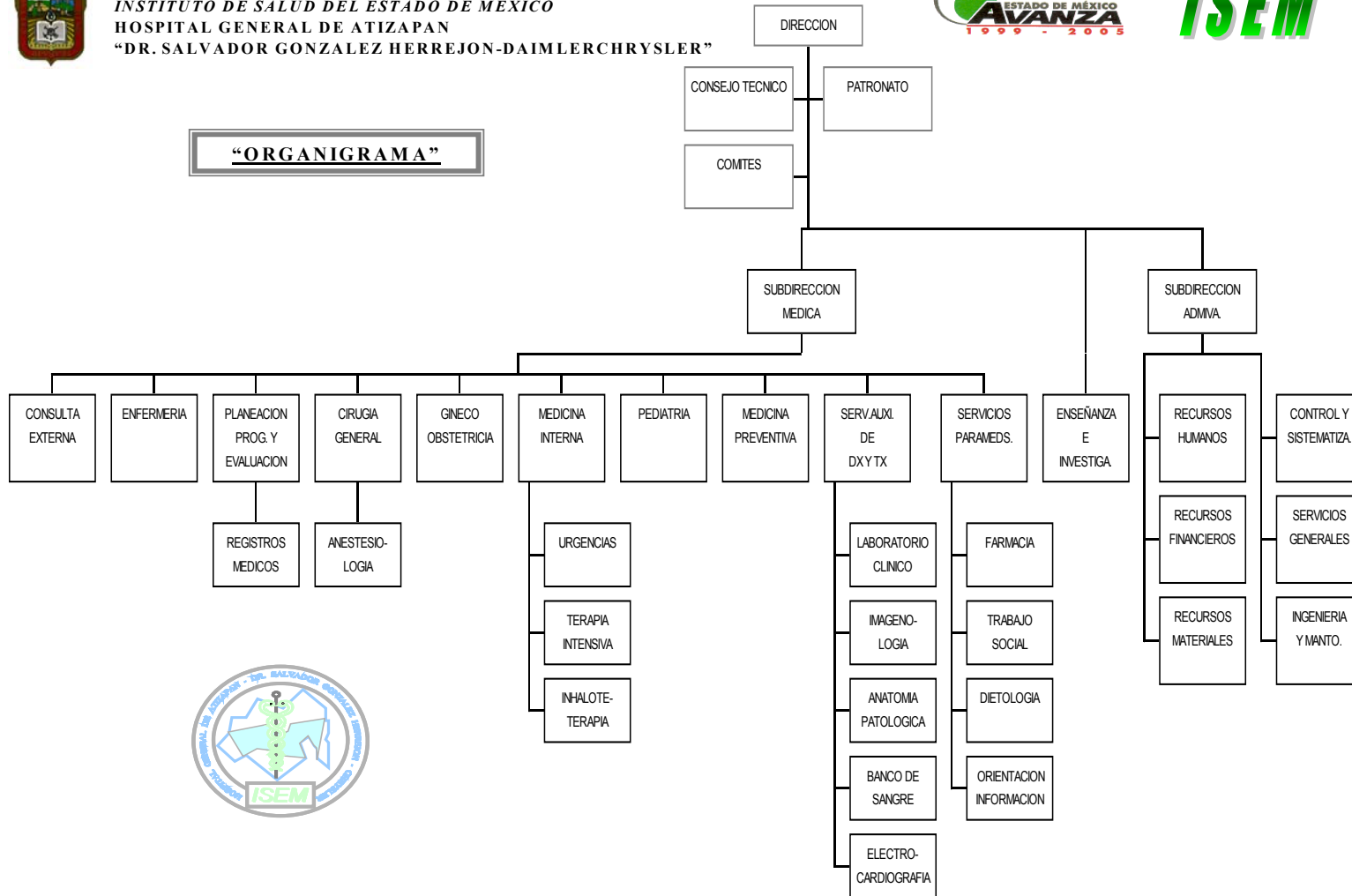
El siguiente organigrama describe las diferentes especialidades de este hospital así como la jerarquización del mismo.



GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO  
INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO  
HOSPITAL GENERAL DE ATIZAPAN  
"DR. SALVADOR GONZALEZ HERREJON-DAIMLERCHRYSLER"



**"ORGANIGRAMA"**





El primer año de residencia de esta autora, se llevó a cabo en el servicio de medicina interna en el que se realizaron principalmente las siguientes actividades:

### **Actividades terapéuticas**

- detección de factores de riesgo y modificación de estilos de vida en pacientes con padecimientos crónicos.
- Manejo del paciente para mejorar la adherencia terapéutica
- Manejo de la depresión y ansiedad en pacientes crónicos
- Entrenamiento en técnicas de afrontamiento, asertividad y solución de problemas tanto en los pacientes como en sus familiares.
- Intervención terapéutica con los familiares de los pacientes en lo concerniente a la enfermedad terminal o en su caso a la muerte.

### **Actividades Académicas**

- Elaboración de la propuesta de un protocolo de intervención dirigido a pacientes diabéticos para mejorar el apoyo familiar.
- participación como ponente en sesiones generales con los siguientes temas:
  - “Depresión: Mal del Siglo XXI”, 2004.
  - “Comunicación efectiva entre médico y paciente”, 2005

El segundo año de la residencia se llevó a cabo en la división de ginecología y Obstetricia del mismo hospital..

La división de Ginecología y Obstetricia tiene como objetivo proporcionar con prontitud, eficacia y calidez servicios de salud reproductiva a la población abierta del

estado de México para contribuir al ejercicio pleno de su capacidad reproductiva, así como al mejoramiento de su calidad de vida y desarrollo social dentro de los servicios de: consulta externa, hospitalización y cirugía gineco-obstetricia bajo los siguientes programas

- Programa de arranque parejo en la vida
- Programa de cáncer de la mujer
- Programa de planificación familiar
- Programa de mujer y salud

En dichos programas la participación del residente de la maestría en medicina conductual ha sido de gran importancia en la en la evaluación y diseño de protocolos de intervención con fundamentos en la terapia cognitivo conductual para contribuir en la promoción y cuidado de la salud reproductiva con las siguientes actividades:

### **Actividades terapéuticas**

- Atención psicológica a pacientes víctimas de violencia
- detección de factores de riesgo y modificación de estilos de vida en pacientes con
- Manejo del paciente para mejorar la adherencia terapéutica
- Manejo de la depresión y ansiedad en pacientes
- Entrenamiento en técnicas de afrontamiento, asertividad y solución de problemas, tanto en los pacientes como en sus familiares.
- Intervención terapéutica con los familiares de los pacientes en lo concerniente a la enfermedad terminal o en su caso a la muerte.

### **Actividades académicas**

- Participación en sesiones bibliográficas
- Participación en sesiones generales
- Participación en estudios de caso
- Capacitación y entrenamiento en la atención psicológica a mujeres víctimas de violencia familiar
- Elaboración de una lista exploratoria sobre información de planificación familiar
- Diseño de una intervención cognitivo-conductual para mejorar la eficacia del uso de métodos de planificación familiar

La difusión de trabajos de investigación diseñados en este servicio, se ha realizado en los siguientes eventos de investigación

- VIII Foro Interinstitucional de Investigación en Salud. Toluca Estado de México, 2005
- IX Foro Interinstitucional de Investigación en Salud. Toluca estado de México, 2006.
- Foro de Excelencia en arranque parejo en la vida. D. F. México, 2006.
- V Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud. Costa Rica, 2006.