



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

Facultad de Medicina



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA**

DELEGACIÓN ESTATAL DE MORELOS
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 7,
H.H. CUAUTLA, MOR.

**ACEPTACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POSTERIOR A LA CONSEJERÍA
EN SALUD REPRODUCTIVA EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8 DE CIUDAD AYALA. MOR.**

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO EN LA ESPECIALIDAD DE:

MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

DRA. MARÍA EUGENIA GARCÍA HERNÁNDEZ

H. H. CUAUTLA, MOR.

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**ACEPTACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POSTERIOR A LA CONSEJERÍA
EN SALUD REPRODUCTIVA EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8 DE CIUDAD AYALA. MOR.**

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO EN LA ESPECIALIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MARÍA EUGENIA GARCÍA HERNÁNDEZ

AUTORIZACIONES:

DRA. ROSA MARÍA MUÑOZ ARENILLAS

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 7,
H.H. CUAUTLA, MOR.

DRA. JESABEL CRUZ MIRANDA

ASESOR DE METODOLÓGICO DE TESIS
U.M.F. No. 20, CUERNAVACA MOR.

DR. VICTOR EMMANUEL OLIVERA MELO

ASESOR DE METODOLÓGICO DE TESIS
H.G.Z. CON MEDICINA FAMILIAR No. 7, H.H. CUAUTLA. MOR.

**ACEPTACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POSTERIOR A LA CONSEJERÍA
EN SALUD REPRODUCTIVA EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8 DE CIUDAD AYALA. MOR.**

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO EN LA ESPECIALIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MARÍA EUGENIA GARCÍA HERNÁNDEZ

AUTORIZACIONES:

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTA DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A.M.

**ACEPTACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POSTERIOR A LA
CONSEJERÍA EN SALUD REPRODUCTIVA EN MUJERES EN EDAD
REPRODUCTIVA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8 DE
CIUDAD AYALA. MOR.**

AGRADECIMIENTOS

Agradezco infinitamente a DIOS por estar siempre conmigo sin quizá merecerlo, por brindarme la fe, fortaleza y perseverancia - para vencer los obstáculos y guiar mis pasos en el difícil camino de la vida.

Con todo mi amor y respeto a la memoria de mis amados padres, a quienes siempre llevo en mi corazón, y con quienes me hubiese gustado compartir este pequeño triunfo; pero sé, que desde donde se encuentran lo comparten conmigo.

A la memoria de querido hermano J. Alvaro quien sé que desde donde se encuentra me - ha apoyado en todo momento.

Con amor a mis hermanas y hermano Sergio quienes en los momentos difíciles me han impulsado para perseverar en el logro de mis sueños.

A mis maestros a quienes agradezco su paciencia, y el que hayan compartido --- conmigo sus conocimientos y experiencias; y de quienes he aprendido a tener amor y respeto a mi profesión.
En especial agradezco al Dr. Rafael Moreno Silva por impulsarme a incursionar en la difícil pero gratificante profesión de la Medicina.

Con amor a ti: que de alguna forma muy especial estás siempre conmigo.

Agradezco a todas esas personas que he encontrado en mi camino por la vida y que - con su cariño, sus consejos y buenos deseos me han impulsado de alguna manera a lograr mis metas.

**ACEPTACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POSTERIOR A LA
CONSEJERÍA EN SALUD REPRODUCTIVA EN MUJERES EN EDAD
REPRODUCTIVA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8 DE
CIUDAD AYALA. MOR.**

ÍNDICE GENERAL

	Página
Marco Teórico.....	1
Planteamiento del Problema	10
Justificación	11
Objetivo General y Objetivos Específicos.....	13
Hipótesis	14
Metodología:	
Tipo de estudio.....	15
Población, lugar y tiempo.....	15
Tipo y tamaño de la muestra.....	15
Criterios de Inclusión, Exclusión y de Eliminación.....	16
Información a recolectar:	
Definición de variables.....	18
Método o Procedimiento para captar la información.....	20
Tabla de variables.....	22
Procedimiento estadístico.....	25
Instrumento de recolección y método para captar información.....	26
Cronograma.....	27
Recursos Humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio.....	28
Resultados.....	32
TABLAS Y GRÁFICAS:	
Tabla y gráfica No. 1	34
Tabla y gráfica No. 2	35

Tabla y gráfica No. 3	36
Tabla y gráfica No. 4	37
Tabla y gráfica No. 5	38
Tabla y gráfica No. 6	39
Tabla y gráfica No. 7	40
Tabla y gráfica No. 8	41
Tabla y gráfica No. 9	42
Tabla y gráfica No. 10	43
Tabla y gráfica No. 11	44
Discusión	45
Conclusiones	47
Bibliografía	48
ANEXOS:	
Evaluación Preliminar.....	50
Evaluación Final.....	52
Consentimiento voluntario de participación en el estudio.....	54
Consentimiento Informado.....	55

MARCO TEÓRICO

Desde la antigüedad la sociedad ha comprendido la necesidad de utilizar técnicas de anticoncepción a pesar de que en primera instancia tuvieron que enfrentarse a las costumbres y creencias que influían en gran medida en la aceptación a los métodos anticonceptivos.

Los primeros antecedentes de la anticoncepción datan desde el año 1850 antes de Cristo, en el Papiro de Petri en el cual ya figuraban recetas anticonceptivas en las que se aconsejaba el uso de excremento de cocodrilo mezclado con una pasta que servía como vehículo el cual se usaba como pesario insertado en la vagina. Otra receta consistía en una irrigación de la vagina con miel y bicarbonato de sodio nativo natural.

El segundo Papiro del cual se tiene conocimiento es el de Ebers que hacía referencia a un tapón de hilaza humedecido con miel y colocado en la vulva de la mujer. El capuchón cervical fue elaborado 40 años antes que el diafragma, siendo muy popular en Europa y consiste en un capuchón de látex que se ajusta al cuello uterino y permanece en su lugar por medio de aspiración y colocación anatómica.

En el siglo IV antes de Cristo, Aristóteles en su obra *Historia Animalium* hace mención de la anticoncepción untando la parte de la matriz en la que cae el semen con aceite de cedro con un ungüento de plomo o con incienso mezclado con aceite de olivo. En el Islam el coitus interruptus figuraba en primer lugar como un método de los más antiguas tradiciones del profeta. En 1677 Van Leewenhock desarrolla los espermicidas. Spallanzi descubrió que el pH de una solución de semen se disminuía al añadir vinagre con lo cual los espermatozoides perdían su eficacia. Soranus de Efeso proporcionó la información más detallada del uso de métodos de barrera con propiedades espermicidas.

La primera descripción de un condón figuró en la obra de Falopio, y se utilizó para la protección contra la sífilis. El origen latín del condón, es *condusm* que se deriva de la palabra persa *kendu*, que significa un vaso de almacenamiento fabricado de intestinos de animales. En 1870 aparece el primer preservativo de caucho. En 1882, el doctor C. Hasse descubre el diafragma moderno. En 1885 el inglés Walter Rendel descubrió el primer óvulo anticonceptivo sobre la base de manteca de cacao y quinina. A fines del siglo XIX fabricantes norteamericanos proponen tapones vaginales compuestos de manteca y de ácido bórico.

En 1920, se describe la teoría moderna del período estéril por Kysaky Ogino y Knauss. En 1928 Van del Velde en Alemania establece el método de la temperatura basal. En 1930, con el desarrollo del látex, se origina el nuevo preservativo que es más fino y más sólido. En 1950, el doctor Gregory Pincus y el doctor John Rock realizan diferentes trabajos con compuestos hormonales y en 1956 el doctor Pincus anuncia el descubrimiento de la píldora anticonceptiva.

Una leyenda frecuentemente comentada, pero que no ha sido bien documentada, es el empleo del DIU por primera ocasión utilizado por los conductores de caravanas en el desierto, quienes introducían pequeñas piedras en el útero de las sus camellas para evitar que se embarazaran durante las largas jornadas. En el siglo XIX se utilizaban pesarios uterinos, que consistían en estructuras similares a botones que cubrían el canal cervical. ^(1,2)

En 1909, Richter en Alemania, reportó un dispositivo intrauterino rudimentario fabricado con el intestino del gusano de seda en forma de anillo con un alambre de níquel y bronce que protruía a través del cérvix. Posteriormente Pust combinó el anillo de Richter con el pesario en forma de botón, reemplazando el alambre por un hilo de catgut quirúrgico. Graefenberg reportó sus experiencias con el uso de anillos fabricados con plata, oro y posteriormente con acero inoxidable. ⁽¹⁾

A través del tiempo se han desarrollado otros métodos anticonceptivos entre ellos los hormonales orales e inyectables. Con una tasa de falla del método menor a 1%, los anticonceptivos orales permanecen como una estrategia efectiva de control de la fecundidad. En 1960 Upjhon creó dos anticonceptivos inyectables: depoProvera (DMPA) fórmula con progestina para tres meses y que contiene 150mg de acetato de medroxiprogesterona (MPA). y MPA/E2C).combinación para un mes que contiene 25mg de MPA y 5mg de cipionato de estradiol (E2C).

En la decada de los 60's y 70's se desarrollan varios modelos de DIUs, los primeros fabricados con polietileno impregnados con sulfato de bario para hacerlos radio-opacos. En 1960, Margulies introduce el DIU de espiral. Dos años después López introduce el DIU en forma de doble S que es el primero que se elaboró con un hilo colgante de nylon. En 1962 Jack Lippes presentó su experiencia con su DIU en doble S que tenía un monofilamento como guía vagina. ^(1, 2, 3)

En 1970 Scommegna y cols estudiaron un DIU medicado con progesterona (Progestasert) que liberaba 65mcg de progesterona al día durante un año alcanzando una eficacia similar a los DIUs de cobre. Con base a esta experiencia, se desarrolló el Dispositivo de Levonorgestrel (DIU LNG) en el Population Council con ventajas sobre el Progestasert ya que tiene vida útil de 5 años con tasa de liberación hormonal diaria de 20mcg.

Jaime Zipper de Chile adicionó el cobre a los dispositivos intrauterinos. Howard Tatum combinó la sugerencia de Zipper con el desarrollo del dispositivo en forma de T para disminuir la reacción uterina y produjo la T de cobre. La primera T de cobre tenía un alambre de cobre enrollado en el vástago de la T con una superficie total de exposición de 200 mm² (Tcu 200). El desarrollo de estos dispositivos continuó por los investigadores del Population Council, quienes desarrollaron la Tcu 380 (380mm²) adicionando pequeños tubos de cobre en cada brazo horizontal de la T lo que aumentó su efectividad, y su vida media de acción anticonceptiva. ^(2, 3)

El diseño más exitoso de estos dispositivos fue el de Wildemeersch (Bélgica, 1984) creado inicialmente para la inserción posparto durante el período de involución uterina. El Cu-Fux 390 así llamado y conocido actualmente como GyneFix consiste en un monofilamento de Nylon y túbulo de cobre con una superficie activa de 390 mm². Se han reportado varias versiones cortas de Tcu 380 y ML Cu 375, para uso específico en mujeres nulíparas sin detrimento de su eficacia. ^(2,3)

Se han desarrollado nuevos métodos anticonceptivos con la finalidad de mejorar las inconvenientes de los antiguos, El intento por reducir la tasa de embarazos no deseados y los riesgos reproductivos es elevado. Existen factores que obstaculizan la aceptación de los métodos anticonceptivos, entre ellos los principales son las influencias sociológicas y religiosa, los costos, las inconvenientes para la adquisición, la carencia de cobertura de seguro universal para la salud en cuanto a anticoncepción y la falta de concientización en los individuos. ^(3, 4, 5, 6)

Los objetivos que se deben seguir comprenden incremento en la aceptación de los métodos actuales y crear nuevos métodos o estrategias que disminuyan las barreras para la utilización de los anticonceptivos.

La anticoncepción se inició en México en la década de 1961. En dicha década, se desarrollaron programas de anticoncepción en México en seis centros clínicos, tres de la medicina privada y tres de la medicina Institucional. Siendo los centros privados los siguientes: En 1960, la Asociación para el Bienestar Familiar, dirigido por la Dra. Edris Rice-Wray, sus fines eran la planificación familiar. En 1964 el Centro de Investigación en Fertilidad y esterilidad (CIFE), dirigido por el Dr. Jorge Martínez Manautou, centrándose en la investigación de anticonceptivos hormonales, y la Fundación para Estudios de Población Asociación Civil (FEPAC) en 1969. dirigida por el Dr. Sergio Correu y sus objetivos eran la planificación familiar. ⁽⁷⁾

En la medicina institucional se inicia la aplicación de métodos anticonceptivos en el Hospital de Gineco obstetricia No.2 del Centro Médico Nacional, IMSS (HGOCMN) en 1964, y sus objetivos fueron el control de la fertilidad por indicaciones médicas y obstétricas para la prevención del embarazo de alto riesgo, cuyo coordinador era el Dr. Alberto Alvarado Durán.. La segunda institución fue el Departamento de Biología de la Reproducción del Instituto Nacional de Nutrición, SSA, en 1965. dirigido por el Dr. Calos Gual. Y el objetivo era la investigación de anticonceptivos hormonales. El tercer grupo fue el del Hospital de la Mujer, SSA, en 1967, dirigido por el Dr. Alfonso Gutiérrez Nájjar y su objetivo fue la oclusión tubaria por el método endoscópico de culdoscopía. ⁽⁷⁾

La evolución de la anticoncepción en México se ha enfocado en cuatro puntos de vista diferentes pero relacionados entre sí y son los siguientes: ⁽⁷⁾

- 1.Control de la fertilidad por indicaciones médicas y ginecoobstétricas.
- 2.Desarrollo de la investigación de métodos anticonceptivos.
- 3.Planificación Familiar.

4. Salud Reproductiva.

Con base al objetivo de la planificación familiar es importante tener en cuenta la siguiente consideración: la libertad de elección para establecer el tamaño de la familia, el periodo intergenésico, el acceso a la información y a los servicios de planificación familiar son considerados derechos humanos básicos en el Plan de acción mundial, así como en la Declaración de los derechos humanos de las naciones Unidas y han sido reformulados desde la conferencia de población de 1974 (Bucarest) y reafirmada en 1984 (México) y en las recomendaciones de las siguientes conferencias internacionales de población. Partiendo de que la libre elección y la práctica de la planificación familiar implica la disponibilidad total de la información y de la prestación de los servicios sin coacción, se deben considerar siempre como básicos, los siguientes criterios de elegibilidad, propuestas por Mary Calderón: ⁽⁷⁾

- 1.- Se deben preservar los principios de autonomía, es decir, deben ser suficientemente flexibles para garantizar la libre elección del usuario.
- 2.- Deben ser compatibles con la legislación vigente del país.
- 3.- Deben ser democráticos sin discriminación de orden socio-económico, cultural, religioso, político o racial.
- 4.- Deben ser aplicables a ambos sexos sin restricciones.
- 5.- Deben tener en cuenta la disponibilidad de programas de información y el acceso a todos los métodos anticonceptivos.
- 6.- Debe tener presente la existencia de eventuales presiones, coacción e incentivos que afecten la libre elección del usuario.

Al cumplir los anteriores criterios, se cumplirán los objetivos específicos de la consejería la cual se define como : Un proceso de comunicación interpersonal en el cual una persona ayuda a otra en la toma de una decisión y a actuar en consecuencia.

Los objetivos de la consejería son: ⁽⁸⁾

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

México en su proceso de modernización en todos los órdenes, tiene el propósito explícito de insertarse en una economía global a partir de una opción clara de competencia entre iguales, en cuanto a la claridad de los servicios que pone a la disposición de los mexicanos y de la comunidad internacional.

Como parte de este proceso, las actividades de salud, y dentro de ellas los servicios de planificación familiar, constituyen una de las materias objeto de la actualización normativa, por su importancia para la vida de la población, su extensa cobertura de uso y la trascendencia que reviste para la calidad de vida de los mexicanos.^(8,9)

El 16 de Octubre de 1993 entra en vigor la NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar, cuya elaboración fue posible gracias a la participación de las instituciones públicas, sociales y privadas del ámbito nacional que se encuentran relacionadas directamente con servicios de salud reproductiva. Este documento describe las disposiciones generales y especificaciones técnicas para la prestación de los servicios de planificación familiar e incluye tanto la selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos, como la identificación, manejo y referencia de casos de esterilidad e infertilidad, destacando los elementos de información, orientación y consejería.⁽¹⁰⁾

El objeto de esta Norma es uniformar los principios, criterios de operación, políticas y estrategias para la prestación de los servicios de planificación familiar en México, de tal manera que dentro de un marco de absoluta libertad y respeto a la decisión de los individuos y posterior a la consejería, basada en la aplicación del enfoque de salud reproductiva, pueda realizarse la selección adecuada, prescripción y aplicación de los métodos anticonceptivos, así como también la identificación, manejo y referencia de los casos de infertilidad y esterilidad, y con ello acceder a mejores condiciones de bienestar individual, familiar y social.

El campo de aplicación de esta Norma lo constituyen los servicios de atención médica y comunitaria de las instituciones de los sectores público, social y privado, y regula requisitos para la organización, prestación de servicios y desarrollo de todas las actividades que constituyen los servicios de planificación familiar⁽¹⁰⁾

La planificación familiar se ofrece con carácter prioritario dentro del marco amplio de la salud reproductiva, con un enfoque de prevención de riesgos para la salud de las mujeres, los hombres y los niños; sus servicios son un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, con pleno respeto a su dignidad. Esta Norma es de observancia obligatoria en todas las unidades de salud, para la prestación de los servicios de planificación familiar de los sectores: público, social y privado del país.^(10, 11)

En el IMSS en la primera etapa de las actividades de Planificación Familiar, entre los años 1973 y 1982 prevaleció principalmente el enfoque demográfico, el contenido

educativo se centró por una parte en las ventajas socioeconómicas de contener el crecimiento de la población, y por la otra, en el conocimiento y en el uso adecuado de los métodos anticonceptivos. La metodología educativa utilizada para la información a la población hizo uso importante de los medios masivos de comunicación social, y de algunos materiales impresos de apoyo a la comunicación interpersonal sobre los métodos anticonceptivos.

La segunda etapa correspondiente al período de transición del enfoque demográfico a la aplicación del enfoque de salud y riesgo reproductivo en la promoción y en la prestación de los servicios de Planificación Familiar inicia en el IMSS en el año de 1983; a la preocupación y a la relación de la fecundidad se agregó la identificación de los factores de riesgo reproductivo y la protección anticonceptiva oportuna y eficaz.

En 1990 se culmina el proceso de comunicación educativa interpersonal con la incorporación de las técnicas de Consejería en Salud Reproductiva, en la promoción y en la prestación de los servicios de Planificación Familiar con la finalidad de lograr el Consentimiento bien Informado de cada persona en la adopción de un método anticonceptivo y la orientación sobre los conocimientos de los factores de riesgo reproductivo como indicación médica preventiva para evitar los daños a la salud relacionados con la reproducción.^(10, 11)

En el IMSS se ha llevado a cabo un intenso y amplio proceso de comunicación educativa para la capacitación del personal en el enfoque de Salud y Riesgo Reproductivo y para la educación de la población al respecto, haciendo hincapié en la comunicación interpersonal desarrollado al nivel de Consejería en Salud Reproductiva, en la cual se procura la mayor participación del propio usuario de los servicios en la toma de decisiones adecuadas con respecto a la reproducción.^(10, 11)

La normatividad sobre la planificación familiar en el IMSS, está sustentada entre otras, en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en la Ley General de Salud, en el Plan Nacional de Desarrollo, y en la Norma Oficial Mexicana NOM 005-SSA2-1993 de los servicios de Planificación Familiar. En ellas se reconoce como importantes la obtención del Conocimiento Informado en el otorgamiento de la metodología anticonceptiva, para ello utilizan los formatos MF-5, 4,30, 4.30.59/72 como constancias de la aceptación voluntaria e informada de un método anticonceptivo.^(10, 11, 12)

El modelo educativo en Salud Reproductiva del IMSS tiene como propósito ubicar a la Consejería como un recurso técnico de comunicación interpersonal que propicie el proceso educativo en salud reproductiva.

La participación del personal de salud en este proceso obliga a garantizar la calidad de la atención en materia de Salud Reproductiva y Planificación Familiar mediante las normas y procedimientos técnicos adecuados que permitan dar la

respuesta a las necesidades específicas y a las expectativas particulares de la población y del propio IMSS. ^(10, 11, 12)

La educación para la salud reproductiva es por lo tanto, un elemento fundamental que deberá regir el actuar del personal de salud, el cual requiere de un enfoque en el que todas las acciones estén encaminadas a responder las necesidades específicas de las usuarias del servicio de Planificación Familiar. Para lograr este objetivo el IMSS ha establecido las siguientes políticas de atención en Salud Reproductiva: ^(10, 11, 12, 13, 14)

POLÍTICAS DEL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

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

- Las actividades de promoción educativa sobre protección anticonceptiva y sexualidad humana, especialmente de las nuevas generaciones, se considerarán la base fundamental, tanto para la aceptación de la metodología anticonceptiva, como para el logro de una conducta reproductiva favorable para la salud.

- Las Técnicas de Consejería en Salud Reproductiva se aplicarán en la promoción y en la prestación de los servicios Planificación Familiar, a fin de asegurar el Consentimiento bien Informado de toda persona en la adopción de un método anticonceptivo.

- La promoción y la prestación de los servicios de protección anticonceptiva se orientarán prioritariamente a la protección anticonceptiva posparto y postaborto; a los grupos de mujeres con riesgo reproductivo y embarazo de alto riesgo, a los adolescentes, a la población de las áreas rurales y urbanas marginadas y a la población masculina.

- La protección anticonceptiva que se proporciona a la población, se basará en los métodos más seguros y eficaces, con mayores tasas de continuidad en su uso y con menores efectos indeseables.

- Los servicios de protección anticonceptiva se proporcionaran en todas las unidades de atención médica en los tres niveles de operación.

- Los servicios de Planificación Familiar se proporcionaran a toda persona que lo solicite, sea o no asegurada.

•La capacitación y el estímulo tanto al personal Institucional como comunitario que participa en la promoción y en la prestación de los servicios de Planificación Familiar deberá llevarse a cabo de manera sistemática y continua.

La prestación de los servicios de Planificación Familiar se enfoca como una indicación médico-preventiva en el cuidado de la salud reproductiva de la población, que coadyuva a la disminución de la morbimortalidad materna y perinatal.

La identificación y la valoración de los factores de riesgo reproductivo es uno de los criterios que sirven de base para la selección del método anticonceptivo más conveniente en cada caso y para la orientación hacia el usuario para un Consentimiento bien informado en la adopción de la anticoncepción. Esto permite sustentarse más en las características y condiciones específicas de la vida reproductiva de cada persona y en la presencia o no de factores de riesgo reproductivo. ^(10, 11, 12, 13, 14, 15)

La conducta anticonceptiva que con mayor frecuencia es observada en la población atendida en el IMSS es: en la etapa pregestacional principalmente con métodos hormonales, en la etapa postgestacional con predominio en el uso del dispositivo intrauterino como método temporal, y como método definitivo la oclusión tubaria bilateral y la vasectomía.

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM 005-SSA-2-1993 de los Servicios de Planificación Familiar, los Métodos Anticonceptivos considerados más seguros y eficaces, con menores efectos indeseables y con mayor tasa de uso en el IMSS son los siguientes: ^(10,11,12,13,14,15)

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES.

1: Hormonales

1.1. Hormonales Orales:

- a). Hormonales orales combinados que contienen estrógeno y progestina.
- b). Monohormonales orales continuos que sólo contienen progestina.

2. Hormonales Orales Combinados:

- a)Desogestrel .15mg y etinilestradiol 0.03mg
- b)Levonorgestrel de 0.15mg y etinilestradiol de 0.03mg
- c)Noretisternona 0.4mg y etinilestradiol 0.035mg

2.1. Monohormonales orales continuos de baja dosis:

a) Levonorgestrel 0.03mg

2.2. Implantes subdérmicos

2.3. Hormonales inyectables

a). Acetato de Medroxioprogeterona 25mg / cipionato de Estradiol 5mg

b). Enantato de Noretisterona 50mg / Valerianto de Estradiol 5mg.

2.4. Parches Hormonales.

3. No hormonales:

a). Dispositivo intrauterino (DIU): DIU Tcu 380OA

b). Anticonceptivos de barrera: Preservativo

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS PERMANENTES. ⁽¹⁴⁾

4. Quirúrgicos:

a). Oclusión Tubaria Bilateral o Salpingoclasia (en la mujer).

b). Vasectomía (en los hombres).

ANTICONCEPCIÓN POSTCOITO.

a). Levonorgestrel de 0.15mg y Etilnil Estradiol de 0,03mg, ⁽¹⁵⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dentro de las políticas del IMSS los servicios de Planificación Familiar son un programa prioritario dentro del marco amplio de la salud reproductiva y metodología anticonceptiva dándole un enfoque de prevención de riesgos para la salud de las mujeres en edad reproductiva debido a la elevada incidencia de mortalidad materno infantil; por tal motivo el IMSS ha hecho énfasis en la educación interpersonal con la población derechohabiente. La Consejería es un proceso de educación para la salud reproductiva, que requiere de un enfoque en el que todas las acciones que se realicen estén encaminadas a responder a las necesidades específicas de cada individuo facilitando al usuario la utilización correcta de los métodos anticonceptivos y otras conductas de protección a la salud reproductiva y materno infantil; así mismo permite el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos que deseen tener con pleno respeto a su dignidad mediante el consentimiento informado.

La importancia de la Consejería en la aceptación de Métodos Anticonceptivos radica en informar, orientar, y concientizar a las usuarias sobre la importancia de los riesgos reproductivos y de la aceptación libre del método anticonceptivo más adecuado a sus necesidades.

En la Unidad de Medicina Familiar No. 8 de Cd. Ayala durante el último año ha disminuido considerablemente el número de aceptantes de métodos anticonceptivos a pesar de recibir Consejería en Salud Reproductiva y Planificación Familiar, por lo cual habría que verificar si la Consejería realmente está asociada a la aceptación de métodos anticonceptivos.

¿La aceptación de métodos anticonceptivos en mujeres en edad reproductiva adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 8 de Cd. Ayala, Mor., está relacionada a la Consejería en Salud Reproductiva y Metodología Anticonceptiva proporcionada?

JUSTIFICACIÓN

Desde el inicio de sus actividades los prestadores de servicios en el área de Salud Reproductiva, se han enfrentado a una compleja red de factores socioculturales de la población, tales como; creencias, valores, patrones culturales, argumentos, temores, e interpretaciones que limitan la prestación de los servicios de planificación familiar a sólo el ofrecimiento de los métodos anticonceptivos, reduciendo las posibilidades de promover procesos de aprendizaje que originan cambios en la conducta de la población, por lo cual han asumido en forma relevante la responsabilidad de informar y de orientar a la población asistente a las unidades de atención médica acerca de la prestación de los servicios de protección anticonceptiva, para ello se ha utilizado el modelo educativo en salud reproductiva con el propósito de ubicar a la consejería como un recurso técnico de comunicación interpersonal que proporcione el proceso educativo en salud reproductiva. ⁽⁷⁾

De acuerdo a la pirámide de Población adscrita a Medicina Familiar en la Unidad de Medicina Familiar No. 8 de Cd. Ayala, hasta Junio del 2006, se reportan 2750 mujeres en edad reproductiva, reflejando un incremento en comparación al año 2005 que fue de 2575. El mayor número de mujeres fértiles se encuentra comprendido entre los 20 y 39 años de edad. ⁽¹⁶⁾ Es importante proporcionar consejería sobre riesgo reproductivo y metodología anticonceptiva a este grupo de mujeres debido a la elevada incidencia de morbilidad materno infantil, para de esta manera educarlas, orientándolas sobre los métodos anticonceptivos más adecuados para ellas de acuerdo a sus necesidades específicas, concientizarlas con respecto a los riesgos reproductivos y protegerlas con algún método anticonceptivo respetando su libre decisión en la aceptación de dicho método, sin omitir la protección de las mujeres menores de 20 años que por su temprana edad tienen un alto riesgo de embarazos no deseados, o de presentar complicaciones durante el embarazo o el parto, tales como los abortos, y la preeclampsia-eclampsia. Así mismo se debe proteger a las mujeres mayores que además de las complicaciones anteriores también pueden presentar complicaciones de atonía uterina, y productos con alteraciones genéticas.

El alto índice de comorbilidad gestacional reflejado en los informes del sistema informativo del IMSS durante el año 2006; las infecciones de vías urinarias y las infecciones vaginales son causa frecuente de consulta y de riesgo de sangrados durante el primero y segundo trimestre del embarazo. ⁽¹⁶⁾

Los registros actuales del Programa de Planificación Familiar muestran una importante disminución en la cobertura y otorgamiento de métodos anticonceptivos, presentándose en forma relevante en la Unidad de Medicina Familiar No. 8 de Ciudad Ayala, en donde de diez mujeres, sólo una acepta un método anticonceptivo; por lo cual fue necesario identificar si la pobre aceptación a los métodos anticonceptivos está relacionada a una inadecuada consejería. Con base a todo lo anterior se verificó que el

modelo educativo en Salud Reproductiva se impartiera en forma adecuada, verificando que las usuarias hubieran comprendido la información proporcionada para que fueran capaces de reconocer los riesgos reproductivos y tomar decisiones adecuadas en base a sus expectativas reproductivas y de salud, con la certeza de que se está respetando su libre decisión mediante la aplicación del Consentimiento Informado.

El estudio fue factible debido a que se realizó en una Unidad de Medicina Familiar de atención de primer nivel, la cual cuenta con los elementos necesarios para su realización, así como con el personal capacitado para impartir este tipo de consejería, contando además con un sistema de registro que permitiría evaluar si la decisión en la aceptación de métodos anticonceptivos está relacionada a la consejería proporcionada.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar si las mujeres en edad reproductiva tienen mayor aceptación de Métodos Anticonceptivos posterior a Consejería en Salud Reproductiva y Metodología anticonceptiva.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Evaluar si la comunicación interpersonal que ofrece la consejería sobre Salud Reproductiva y metodología anticonceptiva se relaciona con la decisión libre y responsable de las mujeres en edad reproductiva para la aceptación de métodos anticonceptivos.

- Determinar la proporción de aceptación de métodos anticonceptivos de las mujeres en edad reproductiva adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 8 de Cd. Ayala posterior a recibir Consejería en Salud Reproductiva y Metodología Anticonceptiva.

HIPÓTESIS

La aceptación de los Métodos Anticonceptivos en mujeres en edad Reproductiva que acuden a la consulta de Medicina Familiar en la Unidad de Medicina Familiar No. 8 de Cd. Ayala, es mayor en las mujeres posterior a recibir Consejería en Salud Reproductiva y Metodología Anticonceptiva que en aquellas mujeres a la que no se les proporciona ningún tipo de consejería.

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

El diseño utilizado para este estudio fue una intervención educativa, basado en el concepto de un ensayo comunitario aplicado en campo clínico, dicho estudio es parte de los estudios experimentales, que se diseñan considerando un “grupo experimental” y uno de “control”. Se determinó la exposición (intervención educativa) en base a razones de conveniencia del investigador de acuerdo a un procedimiento al azar, estableciendo así, que todas las mujeres que aceptaron participar en el estudio, tuvieron la misma oportunidad de recibir la intervención. Se determinó el procedimiento en base a un listado de mujeres; del cual las mujeres con números impares recibieron la intervención (Consejería) y las mujeres con números pares, sólo recibieron información estándar, la cual es proporcionada cotidianamente por el médico familiar, por el servicio de medicina preventiva y trabajo social.

LUGAR Y TIEMPO DONDE SE REALIZÓ EL ESTUDIO

El estudio se llevó a cabo en el área de Medicina Familiar del primer nivel de atención de la Unidad de Medicina Familiar No. 8 ubicada en Cd. Ayala, Mor., durante los meses comprendidos de Mayo a Noviembre del año 2007 con la población de mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años de edad) que aceptaron participar en el estudio.

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se trabajó con un grupo de 138 pacientes en edad reproductiva adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 8 de Cd. Ayala, que acudieron para su atención a dicha unidad durante el período en que se realizó la investigación y que aceptaron participar en el estudio, tomando en cuenta características específicas tales como: mujeres sin método de planificación familiar, con vida sexual activa, que no desean embarazarse por el momento o con paridad satisfecha, y mujeres en el último trimestre del embarazo que deseaban protección con algún método anticonceptivo posterior al parto. Se formaron 2 grupos: a uno se le otorgó consejería y el otro grupo sólo recibió información estándar por su médico familiar. El tamaño de muestra fue obtenida a conveniencia de los investigadores basándose en el listado de las mujeres en edad fértil de esta Unidad Médica ya que no existen estudios previos en nuestro país sobre este tema.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años de edad)
- Adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 8
- Que no eran portadoras o aún no habían aceptado algún Método de Planificación Familiar.
- Que aceptaron participar en el estudio.
- Que no desean embarazarse por el momento
- En tercer trimestre de embarazo que desean método de planificación posterior al parto.
- Con vida sexual activa.
- De cualquier religión.
- De cualquier estado civil.
- De cualquier nivel socioeconómico.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Mujeres que son usuarias o que habían aceptaron algún Método de Planificación Familiar previo a la intervención.
- Que no aceptaron participar en el estudio.
- Que desean embarazarse a corto plazo.
- Sin vida sexual activa.
- Que no están adscritas a la Unidad de Medicina Familiar. No. 8 de Ciudad. Ayala.
- Mujeres que no se encuentren en edad reproductiva.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Mujeres con alguna enfermedad que contraindique la utilización de algún método anticonceptivo.
- Mujeres que no firmaron el consentimiento informado.

RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

La recolección de los datos se llevó a cabo mediante la revisión de los registros del Sistema de Información Médica (SIMO) del año 2006 para obtener la información sobre las estadísticas de mujeres que se encuentran en edad Reproductiva. En el expediente clínico de cada paciente participante se verificó qué mujeres ya aceptaron y son realmente usuarias de algún método de anticonceptivo. Además se obtuvieron de los cuestionarios aplicados a las participantes, los datos específicos (nombre, número de afiliación, edad, estado civil, escolaridad); así como de conocimientos previos sobre riesgo reproductivo y metodología anticonceptiva que las pacientes habían adquirido previamente.

DEFINICIÓN DE VARIABLES:

VARIABLE DEPENDIENTE: Aceptación a Métodos Anticonceptivos.

Definición. Es la aceptación de alguna forma anticonceptiva.

Se operacionalizó mediante la revisión del expediente clínico de cada una de las pacientes que participaron en el estudio para verificar que las pacientes realmente ya sean usuarias de algún método anticonceptivo.

Esta variable es de carácter cualitativo, dicotómica, nominal, discreta con función dependiente.

VARIABLE INDEPENDIENTE: Intervención educativa en Consejería sobre Salud Reproductiva y Metodología Anticonceptiva.

Definición: Proceso de comunicación interpersonal para proporcionar información y orientación específica en materia de Planificación Familiar y protección anticonceptiva en función de las condiciones y de los factores de riesgo reproductivo propios de cada persona.

Se operacionalizó mediante la impartición de Consejería a un grupo de mujeres en edad reproductiva para proporcionarles información y orientación sobre metodología anticonceptiva en función del riesgo reproductivo inherente a cada persona. Dicha consejería se llevó a cabo en forma interpersonal durante un periodo comprendido del mes de Mayo a Noviembre del 2007, impartiéndola en el momento que las pacientes acudieron para su atención a la consulta de Medicina Familiar, a el servicio de Medicina Preventiva y Trabajo Social; con desarrollo de un programa que comprende los siguientes temas: introducción a la consejería, la importancia de la comunicación interpersonal en salud reproductiva, riesgo reproductivo Metodología Anticonceptiva, indicaciones y contraindicaciones; y consentimiento bien informado, ofertándoles los siguientes métodos anticonceptivos: DIU, hormonales orales e inyectables, implante subdérmico, parche, preservativos, OTB y vasectomía (en caso de aceptar su pareja este último método); con la aplicación de un cuestionario preliminar sobre algunos datos específicos (nombre, número de afiliación, edad, religión, estado civil, escolaridad, número de embarazos, vida sexual activa, deseo de embarazarse o no por el momento, haber recibido o no consejería previa y por quien fue impartida dicha consejería, conocimientos previos sobre riesgo reproductivo y metodología anticonceptiva, utilización previa de algún método anticonceptivo, experiencia con el método utilizado y que piensan sobre los Métodos Anticonceptivos). Posteriormente aplicando un cuestionario final para verificar los conocimientos adquiridos mediante la consejería, incluyendo un apartado para comentarios sobre la importancia de la consejería asociada a la aceptación de métodos anticonceptivos, y el método aceptado por la paciente.

Esta variable es de carácter cualitativo, dicotómica, nominal, discreta con función independiente.

EDAD:

Definición: Edad en años cumplidos de la participante en el momento del estudio.

Se operacionalizó mediante la edad en años cumplidos que cada participante refirió tener al momento de contestar el cuestionario preliminar, corroborándolo en el agregado del número de afiliación registrado en su carnet de citas.

Variable cuantitativa dicotómica, nominal.

ESCOLARIDAD:

Definición. Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.

Se operacionalizó mediante el cuestionario preliminar aplicado a las participantes del estudio, midiendo el nivel de estudios en base a el grado de escolaridad (primaria, secundaria, bachillerato, carrera técnica, licenciatura) en grados escolares completos y números enteros.

Variable cuantitativa, dicotómica ordinal.

No. DE EMBARAZOS:

Definición: Periodo de gestaciones en la especie humana.

Se operacionalizó mediante el número de gestaciones que refirió tener cada participante al momento de contestar el cuestionario preliminar. Ejemplo (gesta: 1, 2, 3, 4, etc).

Variable cualitativa, politómica, nominal.

RELIGIÓN:

Definición: Conjunto de creencias o dogmas acerca de la Divinidad.

Se trabajo en base a la religión que refirió profesar cada participante al momento de contestar el cuestionario preliminar (católica, evangelista, Pentecostés, cristiana, testigo de Jehová).

Variable cualitativa, politómica, nominal.

ESTADO CIVIL:

Definición: Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles. Se midió el estado civil en base a la situación civil actual referida por cada participante al momento de contestar el cuestionario preliminar (soltera, casada, unión libre, viuda, divorciada).

Variable cualitativa, politómica, nominal

MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTURAR LA INFORMACIÓN

El Investigador conjuntamente con la Trabajadora Social impartieron consejería sobre Salud Reproductiva y Metodología anticonceptiva de acuerdo al cronograma de actividades, el cual contempló la impartición de los temas de introducción a la consejería, riesgo reproductivo, metodología anticonceptiva, y consentimiento bien informado, que se impartieron en forma interpersonal individual y en pequeños grupos en el momento que las derechohabientes acudieron para su atención médica a el área de Medicina Familiar y Trabajo Social.

Material:

Para la impartición de la consejería se contó con el apoyo de material didáctico (rotafolios, folletos, trípticos etc.), dicho material conteniendo información sobre tipos de métodos anticonceptivos, consentimiento bien informado, y riesgo reproductivo. Este material fue proporcionado por el departamento de Trabajo Social de la UMF. Para la obtención de la información se elaboró un consentimiento informado por medio del cual las pacientes aceptaron participar en el estudio y se elaboraron dos cuestionarios autoaplicables un preliminar y un final.

El cuestionario preliminar constituido por 5 secciones:

- I. Ficha de identificación y características sociodemográficas.
- II. Antecedentes gineco-obstétricos.
- III. Conocimientos previos sobre consejería y metodología anticonceptiva.
- IV. Conocimiento previo sobre métodos anticonceptivos.
- V. Métodos Anticonceptivos utilizados previamente.

Esta información se obtuvo con la finalidad de verificar las características sociodemográficas y de riesgo reproductivo de cada participante, así como también para verificar los conocimientos previos que las pacientes tenían sobre consejería y métodos de Planificación Familiar, y para detectar a las mujeres que no son usuarias o que no habían aceptado algún método de planificación familiar previamente; incluyendo a mujeres con embarazo en el tercer trimestre que deseaban utilizar un método anticonceptivo posterior al parto para planear y espaciar su siguiente embarazo.

El cuestionario final constituido por 4 secciones:

- I. Ficha de identificación.
- II. Conocimientos adquiridos posterior a recibir consejería sobre salud, riesgo reproductivo y metodología anticonceptiva.
- III. Comentarios sobre consejería y métodos anticonceptivos.
- IV. Método anticonceptivo aceptado.

Este cuestionario fue aplicado con la finalidad de verificar los conocimientos adquirido posterior a recibir la consejería y conocer el método anticonceptivo aceptado para así establecer el porcentaje de aceptación de métodos anticonceptivos asociado a la consejería, realizando un seguimiento durante un periodo comprendido de Junio a Noviembre del 2007, para verificar posteriormente mediante la revisión del expediente clínico de cada paciente que participó en el estudio y corroborar que las pacientes realmente ya sean usuarias del método aceptado o en su caso de cualquier método anticonceptivo y reportar la cantidad y porcentaje de aceptación de los diversos anticonceptivos en base a las características de cada participante.

TABLAS DE VARIABLES

NOMBRE DE LA VARIABLE	OPERACIONALIZACIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADORES UTILIZADOS PARA LA MEDICIÓN
ACEPTACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	Mediante la revisión del expediente clínico de cada paciente que participó en el estudio para verificar que realmente ya son usuarias del algún método anticonceptivo	Dependiente, Cualitativa, Dicotómica, Nominal	Midiendo el porcentaje de aceptación de métodos anticonceptivos relacionados a la impartición de la consejería	Cuestionario Preliminar Cuestionario Final. Expediente clínico de cada participante en el estudio.
CONSEJERÍA EN SALUD REPRODUCTIVA, METODOLOGÍA ANTICONCEPTIVA INDICACIONES CONTRAINDICACIONES Y CONSENTIMIENTO BIEN INFORMADO.	Mediante la impartición de consejería interpersonal a un grupo de mujeres en edad reproductiva seleccionado al azar y que aceptaron participar en el estudio, para proporcionarles información y orientación sobre la importancia de la comunicación interpersonal en salud reproductiva, riesgo reproductivo, metodología anticonceptiva sus indicaciones y contraindicaciones, tipos de métodos anticonceptivos y consentimiento bien informado, ofertándoles los siguientes métodos anticonceptivos: DIU, hormonales orales e inyectables, implante subdérmico, parche, OTB, vasectomía y preservativos. Proporcionando esta consejería de acuerdo a un cronograma de actividades comprendidas de Mayo a Noviembre del 2007.	Independiente Nominal, Dicotómica.	Listado de 138 mujeres en edad reproductiva adscritas a la U. M. F. No. 8 de Cd. Ayala, Mor., que aceptaron participar en el estudio del cual se formaron 2 grupos, uno que recibió consejería y otro que no la recibió Recibiendo consejería: 70 – SI 68 – NO Se les aplicó un cuestionario preliminar constituido por 5 secciones: I: Ficha de identificación y características sociodemográficas II: Antecedentes Gineco-obstétricos III: Conocimientos Previos sobre consejería y metodología anticonceptiva.	Cuestionario Preliminar. Cuestionario Final. Trípticos, rotafolios y folletos conteniendo información sobre los tipos de métodos anticonceptivos, riesgo reproductivo, y consentimiento bien informado.

NOMBRE DE LA VARIABLE	OPERACIONALIZACIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADORES UTILIZADOS PARA LA MEDICIÓN
<p>CONSEJERÍA EN SALUD REPRODUCTIVA, METODOLOGÍA ANTICONCEPTIVA, INDICACIONES, CONTRAINDICACIONES Y CONSENTIMIENTO BIEN INFORMADO.</p>			<p>IV. Conocimiento previo sobre métodos anticonceptivos. V. Métodos anticonceptivos utilizados previamente. Cuestionario Final que consta de 4 secciones: I. Ficha de identificación. II. Conocimientos adquiridos posterior a recibir consejería sobre riesgo reproductivo y metodología anticonceptiva. III. Comentarios sobre consejería y métodos anticonceptivos. IV. Método anticonceptivo aceptado.</p>	

NOMBRE DE LA VARIABLE	OPERACIONALIZACIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADORES UTILIZADOS PARA LA MEDICIÓN
EDAD	Mediante la edad que cada participante refirió al momento de contestar el cuestionario preliminar.	Cuantitativa Dicotómica Nominal	Edad en años cumplidos al momento del estudio.	Cuestionario preliminar y carnet de citas.
ESCOLARIDAD	Mediante el nivel de estudios que cada participante refirió tener al momento de contestar el cuestionario preliminar	Cuantitativa Dicotómica Ordinal	Midiendo el nivel de estudios en base a el grado de escolaridad (primaria, secundaria, bachillerato, carrera técnica, licenciatura) en grados escolares completos y números enteros.	Cuestionario preliminar.
NÚMERO DE EMBARAZOS PREVIOS	Mediante el número de gestaciones que refirió tener cada participante al momento de contestar el cuestionario preliminar. (gesta: 1, 2, 3, 4).	Cualitativa Politómica Nominal	Por el número de embarazos previos referidos por la participante al momento del estudio.	Cuestionario preliminar
RELIGIÓN	Se trabajo en base a la religión que refirió profesar cada participante al momento de contestar el cuestionario preliminar: (católica, evangelista, Pentecostés, cristiana, testigo de Jehová).	Cualitativa Politómica Nominal		Cuestionario preliminar
ESTADO CIVIL	Se midió el estado civil en base a la situación civil actual referida por cada participante al momento de contestar el cuestionario preliminar: (soltera, casada, unión libre, viuda, divorciada.	Cualitativa Politómica Nominal	Midiendo su situación civil actual.	Cuestionario preliminar

PROCEDIMIENTO ESTADÍSTICO

ANÁLISIS DE LOS DATOS:

Se calculó la proporción debido a que se manejan variables cualitativas dicotómicas de asociación debido a que existe una variable independiente y una variable dependiente y para evaluar la asociación entre las variables se realizó una prueba estadística de Chi cuadrada dado que la variable independiente es cualitativa y la variable dependiente es dicotómica (cualitativa) para evaluar si la consejería se relaciona con la aceptación de los métodos anticonceptivos. La Chi Cuadrada fue menor de 0.5.

Se realizó estadística descriptiva para la caracterización de la muestra:

- Edad
- Escolaridad
- Número de embarazos previos
- Religión
- Estado civil

SI	NO
50.72%	49.27%

Porcentaje de mujeres que recibieron consejería: (50.72%) siendo un total de 70 mujeres quienes recibieron la consejería.

Porcentaje de mujeres que no recibieron consejería: de (49.27%) con 68 mujeres quienes no recibieron consejería.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN Y MÉTODO PARA CAPTAR INFORMACIÓN

El estudio se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 8 de Ciudad Ayala, Morelos, en el área de Trabajo Social, Medicina Preventiva y Medicina Familiar con la participación del investigador y la trabajadora Social quienes trabajaron conjuntamente en la selección de mujeres en edad Reproductiva que acudieron para su atención a esta Unidad de Medicina Familiar durante el periodo en que realizó la investigación. Posterior a la captación de las pacientes, se les aplicó un cuestionario preliminar para identificar los conocimientos previos sobre Planificación Familiar que tenían, y para conocer si ya eran usuarias o si ya habían aceptado algún método de planificación familiar; en el caso de las pacientes que aún no habían aceptado algún método anticonceptivo, se les invitó a participar en el estudio. Se les elaboró un consentimiento informado en el que las pacientes manifestaron estar de acuerdo en participar en la investigación, comprometiéndose con ello el investigador a manejar en forma confidencial los datos proporcionados por la paciente. En base a características específicas tales como: (Si deseaban planificar su siguiente embarazo o que deseaban anticoncepción definitiva por paridad satisfecha, con vida sexual activa, etc), se seleccionó en 2 grupos, uno que recibió consejería y otro que no la recibió. Posteriormente se llevó a cabo un programa de Consejería en Salud Reproductiva impartido en forma individual y en grupos pequeños por el investigador en conjunto con la trabajadora social con el apoyo de material didáctico (rotafolios, folletos, y trípticos).

El programa de consejería se impartió en un periodo comprendido desde el mes de Mayo a noviembre del 2007. Los temas impartidos fueron sobre introducción a la Consejería en Salud Reproductiva, importancia de la comunicación interpersonal en Salud Reproductiva, Riesgo Reproductivo, Metodología Anticonceptiva indicaciones y contraindicaciones; y Consentimiento Informado. Al final de la consejería se les aplicó un examen final para verificar el entendimiento y la comprensión de las usuarias sobre los temas impartidos. Durante los meses de Septiembre a Noviembre se verificó mediante la revisión del expediente clínico y los registros de Planificación Familiar, si las mujeres que participaron en el estudio ya son usuarias de algún método anticonceptivo, posteriormente se realizó un análisis de los datos obtenidos, esquematizando mediante gráficas dicha información realizando finalmente las conclusiones de la investigación. Se canalizó a las pacientes que aceptaron Metodología anticonceptiva con su Médico Familiar en la Unidad de Medicina Familiar No. 8 y al módulo de salud reproductiva ubicado en el H. G. Z con Unidad Médica Familiar No. 7 para su integración al Programa de Planificación Familiar. Así mismo se canalizó con su médico familiar a las pacientes con patología agregada.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Las actividades iniciaron en el mes de Abril del 2007 y se extendieron hasta el mes de Noviembre del 2007 cuando se presentaron las conclusiones de la investigación.

1. Contacto con las mujeres en edad reproductiva y desarrollo del cuestionario
2. Estandarización de encuestas y planeación del muestro
3. Elaboración de mascararas de captura
4. Reclutamiento de participantes
5. Impartición de Consejería
6. Captura de información
7. Análisis estadístico
8. Elaboración de reporte final

PROGRAMA DE ACTIVIDADES REALIZADAS DE ABRIL A NOVIEMBRE DEL 2008.

ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC
			1	1	1	1	1	1	1	1	
			2	2							
			3	3							
			4	4	4	4	4	4	4	4	
				5	5	5	5	5	5	5	
					6	6	6	6	6	6	
										7	
										8	

RECURSOS HUMANOS

- Médico Investigador
- Trabajadora Social de la Unidad de Medicina Familiar No. 8 de Cd. Ayala Mor.

RECURSOS MATERIALES

- Folletos, trípticos, rotafolios proporcionados por el Departamento de Trabajo Social
- Cuestionarios elaborados por el Médico Investigador
- Expedientes clínicos de la pacientes participantes
- Registro del Programa de Planificación Familiar
- Registros del Sistema de Información Médica (SIMO) del año 2006

RECURSOS FÍSICOS

- Oficina de Trabajo Social de la Unidad de Medicina Familiar No. 8 de Cd. Ayala, Mor.
- Mobiliario de la Unidad de Medicina Familiar No.8 de Cd. Ayala Mor.

FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO

- Autofinanciable

CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo a la publicación del Consejo de las Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas y la Organización Mundial de la Salud en 1982, y en base a las pautas para aplicar eficazmente los principios éticos fundamentales, que establece la declaración de Helsinki, pautas que otorgan la fuerza jurídica y moral a la declaración universal de los Derechos Humanos enfocada al Consentimiento Informado; y en base al Reglamento de la Ley General de salud en Materia de Investigación para la Salud⁽¹⁷⁾ la cual considera que en virtud del Decreto por el que se adicionó el Artículo 4º. Constitucional, publicado en el Diario Oficial de la Federación de fecha 3 de Febrero de 1983, consagrando como garantía social, el Derecho a la Protección de la Salud tomando de ahí que el Programa Nacional de Salud 1984-1988 desarrolla el Programa de Investigación para la Salud entre otros, como apoyo a la consolidación del Sistema Nacional de Salud en aspectos sustanciales, teniendo como objetivo específico el coadyuvar al desarrollo científico y Tecnológico Nacional tendiente a la búsqueda de soluciones prácticas para prevenir, atender y controlar los problemas prioritarios de salud, incrementar la productividad. Así mismo estableciendo que la investigación para la salud es un factor determinante para mejorar las acciones encaminadas a proteger, promover y restaurar la salud del individuo y de la sociedad en general; para desarrollar tecnología mexicana en los servicios de salud y para incrementar su productividad, conforme a las bases establecidas en dicha Ley, y estableciendo que el desarrollo de la investigación para la salud debe atender a aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a investigación,

Conforme al Título Segundo, Capítulo I, Artículo 13 el cual establece que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio deberán prevalecer el criterio de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Del Artículo 14, que establece que la investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases: I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen; II. Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficios esperados sobre los riesgos predesibles; V. Que contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de estudio de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala; VI. Que deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el Artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación; del Artículo 15.- Que establece que cuando el diseño experimental de una investigación que se realice con seres humanos incluya varios grupos, se usarán métodos aleatorios de selección para obtener una asignación imparcial de los participantes de cada grupo y deberán tomarse las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación. Del Artículo 16.- El cual establece que en las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo

requieran y éste lo autorice. De Artículo 17.- En el que se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Tomando de este Reglamento la Categoría II de la clasificación de la investigaciones, la cual se refiere a la investigación con riesgo mínimo que son estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamientos rutinarios, entre los que se consideran en el caso del estudio realizado: la investigación con medicamentos de uso común (métodos anticonceptivos), empleando las indicaciones, contraindicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no son medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros. En base al Artículo 20 en el que se entiende como consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad libre de elección y sin coacción alguna. Del artículo 21 que establece que para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda entenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos: I. La justificación y los objetivos de la investigación; II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales, III. Las molestias o los riesgos esperados; IV. Los beneficios que puedan observarse; V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto; VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto; VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento; VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad. Del Artículo 22 que se refiere a que el consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos: I: Ser elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo a la norma técnica que emita la Secretaría. IV. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él asigne, y V. Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

En base a las consideraciones anteriores se tomaron en cuenta los siguientes principios éticos para la realización de este estudio:

a) Respeto y dignidad. El trato a la usuaria se hizo en forma cortés y considerado, respetando la autonomía de las mujeres que participaron en el estudio, permitiéndoles la capacidad de considerar detenidamente el pro y el contra de su decisión, tratándolas

con el debido respeto a su capacidad de autodeterminación para elegir en forma libre, responsable e informada sobre el Método Anticonceptivo que desearon utilizar.

b) La búsqueda del bien. Con la finalidad de lograr los máximos beneficios para ellas y de reducir al mínimo el daño o las equivocaciones, así como el reducir la morbimortalidad materno infantil. Se proporcionó a las usuarias los Métodos Anticonceptivos en base a sus indicaciones y contraindicaciones, cumpliendo con ello con el principio de justicia que se refiere a la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que es normalmente correcto y apropiado.

c) Consentimiento voluntario y bien informado. Se elaboró un consentimiento informado realizado por el investigador para la aceptación voluntaria de las participantes en el estudio y se aplicó el consentimiento informado oficialmente establecido por la Secretaria para la aceptación de métodos anticonceptivos, tomando en cuenta lo establecido en los artículos correspondientes al respecto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Lo cual considera que la usuaria haya tomado una decisión sin que se le haya sometido a coerción, manipulación e influencia indebida, y que la información otorgada fue lo más amplia posible para la toma de una decisión libre y responsable, habiendo corroborado que la haya comprendido y analizado, firmado la participante de común acuerdo y con las respectivas firmas de los testigos.

d) Confidencialidad. La recolección de los datos se realizó dentro de los principios éticos garantizando a la usuaria el manejo confidencial de la información obtenida.

RESULTADOS

La población estudiada fue de 138 mujeres en edad reproductiva, todas con vida sexual activa, sin deseos de embarazo inmediato, con edades entre 17 y 49 años, 19 con escolaridad primaria, 73 con escolaridad secundaria 4 de nivel técnico, 35 con bachillerato y 7 con licenciatura., con respecto al estado civil 12 son solteras, 109 casadas, 16 en unión libre y 1 divorciada, 137 con religión católica, y 1 evangélica, de acuerdo al número de embarazos 6 de ellas aún sin antecedente de embarazo, 62 con un embarazo, 41 con 2 embarazos, 20 con 3 embarazos, 8 con 4 embarazos y 1 con 5 embarazos previos. 45 pacientes mencionaron haber recibido consejería previa impartida por personal de medicina preventiva, trabajo social y por su médico familiar; 94 no habían recibido consejería. Con respecto a conocimiento sobre métodos anticonceptivos; 15 conocen la mayoría de los métodos temporales, 126 tienen conocimiento sobre el DIU, 107 de los hormonales orales, 52 de los hormonales inyectables, 15 sólo conocen sobre el DIU y los preservativos, una sobre el implante subdérmico, ninguna conoce sobre el parche, 2 refieren no tener conocimiento de ningún método; de los métodos anticonceptivos definitivos 51 refieren conocer sobre la oclusión tubaria bilateral y 19 sobre la vasectomía. De las 138 pacientes 128 han utilizado alguno de los anticonceptivos, y 10 no los han utilizado, 56 de las pacientes han utilizado varios métodos, 11 sólo han utilizado DIU, 8 hormonales orales, 1 hormonales inyectables, 51 únicamente han utilizado preservativo, y una refiere haber utilizado el ritmo como método anticonceptivo. Con respecto a la experiencia obtenida con los métodos utilizados 39 pacientes refieren una buena experiencia, 79 la refieren como regular y 11 mala experiencia. 99 de las pacientes consideran que los métodos anticonceptivos son buenos, 38 que son deficientes, y 1 refiere que no son útiles. De los 2 grupos de estudio seleccionados, el grupo expuesto el cual recibió consejería estuvo formado por 70 (50.72%) pacientes, 49 de ellas recibieron consejería y metodología anticonceptiva personalizada y grupal por el médico investigador y 21 recibieron consejería por la trabajadora social, 64 (91.4%) pacientes ya habían utilizado algún anticonceptivo previamente y 6 (8.5%) no; 26 (37.1%) ya han utilizado varios métodos, 2 los hormonales orales, 1 los hormonales inyectables, 5 dispositivo intrauterino, 28 (40%) refieren haber utilizado sólo preservativo y 8 (11.4%) ningún método. De todas las pacientes que recibieron consejería 52 (74.2%) aceptaron método anticonceptivo y 18 (25.7%) no. El DIU fue aceptado por 33 (47.1%) pacientes, 7 (10%) aceptaron OTB, 5 implante subdérmico, 2 hormonal inyectable, 1 hormonal oral, una paciente en perimenopausia aceptó preservativos, y los esposos de 2 pacientes decidieron vasectomía, 19 (27.1%) pacientes no utilizaron ningún método; al revisar los expedientes clínicos y los registros del programa de salud reproductiva, se verificó a 26 (37.1%) pacientes de este grupo se les insertó DIU, a 7 se les realizó OTB, a los esposos de las 2 que aceptaron vasectomía se les realizó dicho método, a 5 se les colocó implante subdérmico, a dos se le aplicó hormonal inyectable, y a 1 se le otorgó hormonal oral; por lo que sólo 44 (62.8%) pacientes de las 70 que formaron el grupo se aplicaron anticonceptivo, 26 (37.1%) pacientes no se aplicaron ningún método, cabe mencionar que algunas de ellas cambiaron de decisión, ya que habían aceptado método

anticonceptivo. En lo que respecta al motivo de rechazo a utilizar algún método, se observó que por influencia del esposo 21 (30%) pacientes no aceptaron el método, 5 lo rechazaron por temor a efectos secundarios y en 43 (61.4%) no hubo ninguna influencia que les impidiera aplicarse algún anticonceptivo. Por lo que del total de pacientes del grupo en 26 (37.1%) la influencia del esposo y de mitos fueron determinantes en el rechazo a los anticonceptivos, mientras que en las 43 (61.4%) pacientes restantes su decisión no fue influenciada por ningún factor.

El grupo que no estuvo expuesto a consejería estuvo conformado por 68 mujeres (49.27%), de las cuales 62 (91.1%) ya había utilizado algún anticonceptivo mientras que 6 (8.8%) no, 58 (85.2%) pacientes no aceptaron ningún método y 8 (11.7%) sí aceptaron, de todas éstas pacientes 7 (10.2%) se aplicaron DIU, a 2 (2.9%) se les realizó OTB, y 59 (86.7%) no se aplicaron ningún método, el motivo del rechazo fue por influencia negativa del esposo en 30 (44.1%) pacientes, 17 (25%) lo rechazaron por temor a presentar efectos adversos, y 12 (17.6%) los rechazaron por influencia de comentarios negativos de otras personas con respecto a los anticonceptivos.

Al realizar un estudio comparativo entre el grupo que recibió consejería y el grupo que no la recibió; 64 (91.4%) de las pacientes expuestas a la consejería ya habían utilizado algún método anticonceptivo a diferencia de 62 (91.1%) de las pacientes no expuestas; de las pacientes expuestas 26 (37.1%) había utilizado varios tipos de anticonceptivos y 8 (11.4%) ninguno; mientras que en el grupo no expuesto 28 (41.1%) habían también utilizado varios tipos de métodos previamente, y 4 (5.8%) ninguno. 52 (74.2%) del grupo expuesto aceptaron consejería y 18 (25.7%) no; mientras que en grupo no expuesto fue mayor el rechazo a la planificación familiar ya que fueron 58 (85.2%) las que no aceptaron método y solo 8 (11,7%) aceptó. El método más aceptado en ambos grupos fue el DIU, siendo aceptado por 33 (47.1%) de las que recibieron consejería y 7 (10.2%) por las que no la recibieron. Del total de mujeres que conformaron el grupo expuesto 44 (62.8%) se aplicó anticonceptivo mientras que en el no expuesto solo 9 (13.2%) se aplicaron método. En lo que se refiere al motivo de no aceptación de metodología anticonceptiva, se observó que en 26 (37.1%) la influencia negativa de otros factores (influencia del esposo, comentarios negativo de otras personas, etc.) determinó el rechazo, a diferencia de este grupo; en las pacientes no expuestas a consejería se incremento el rechazo a la anticoncepción ya que fueron 59 pacientes (86.7%) las que no aceptaron método anticonceptivo.

Los conocimientos previos sobre métodos anticonceptivos y riesgo reproductivo fueron considerados para propiciar el otorgamiento de la consejería en un 50% ya que la selección de los grupos fue al azar, la información adicional que se proporcionó para evaluar la asociación de la consejería con la aceptación de métodos anticonceptivos fue siempre otorgada en forma individual por el investigador en el 50% de las pacientes, 20% a veces, y 11% rara vez fue información proporcionada en forma habitual por sus médicos familiares.

RESULTADOS

ACEPTACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA EN BASE A SU ESTADO CIVIL

GRÁFICA No. 1

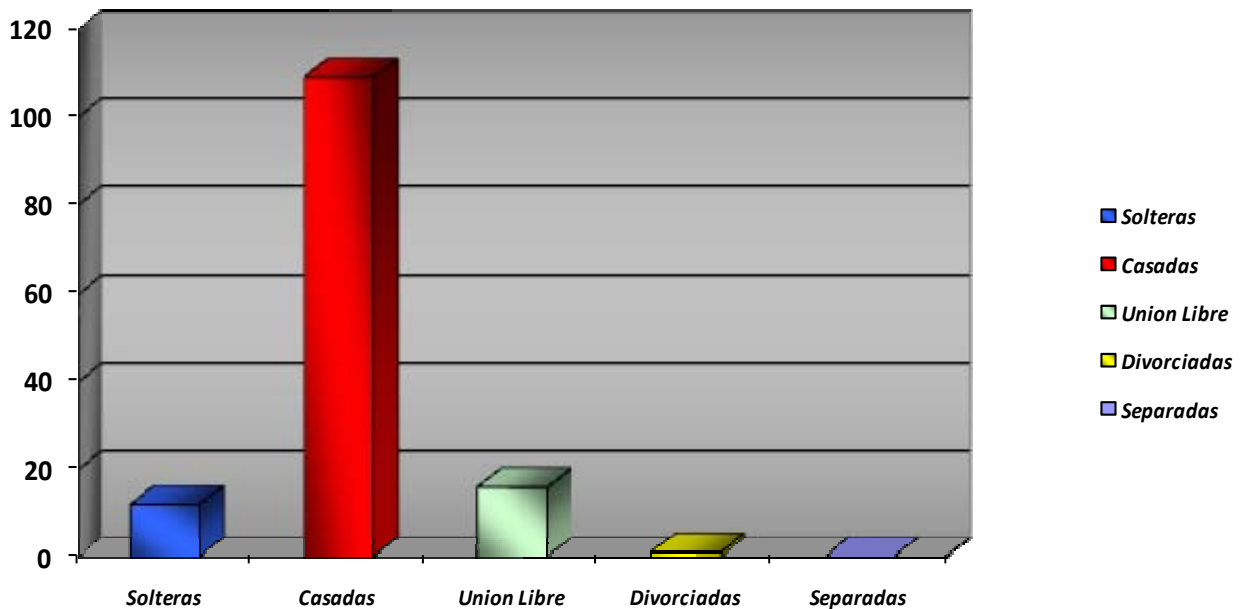


TABLA No. 1

Solteras	Casadas	Unión Libre	Divorciadas	Separadas
12	109	16	1	0

MUJERES QUE ACEPTARON MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN BASE A SU ESCOLARIDAD

GRÁFICA No. 2

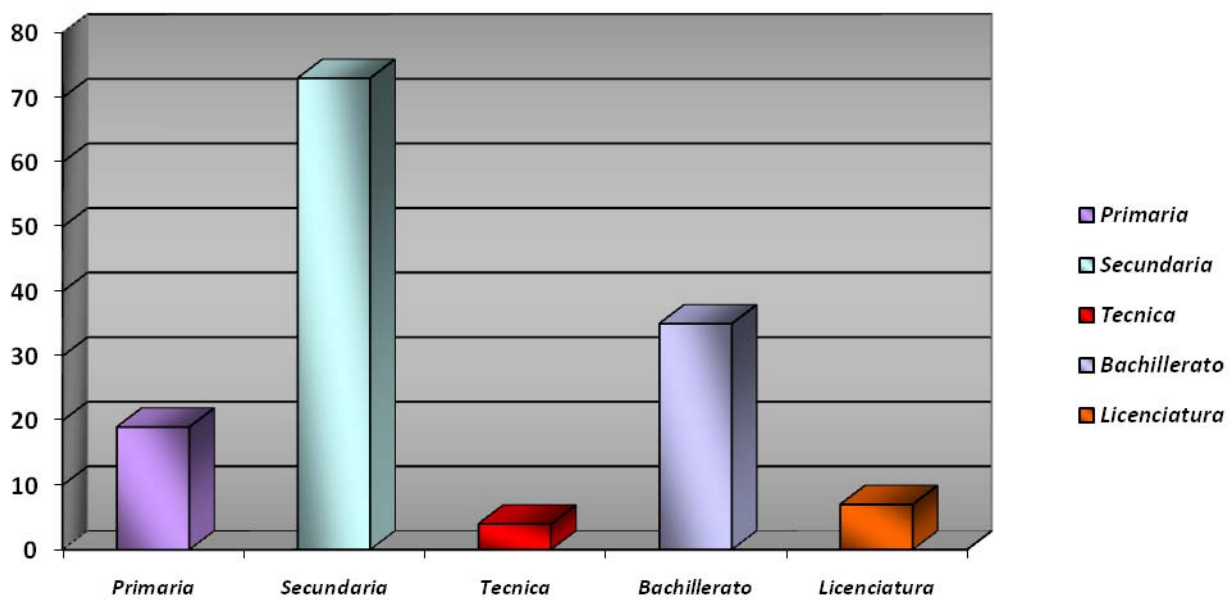


TABLA No. 2

Primaria	Secundaria	Técnica	Bachillerato	Licenciatura
19	73	4	35	7

**MUJERES QUE ACEPTARON MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN BASE AL
NÚMERO DE SUS EMBARAZOS PREVIOS**

GRÁFICA No. 3

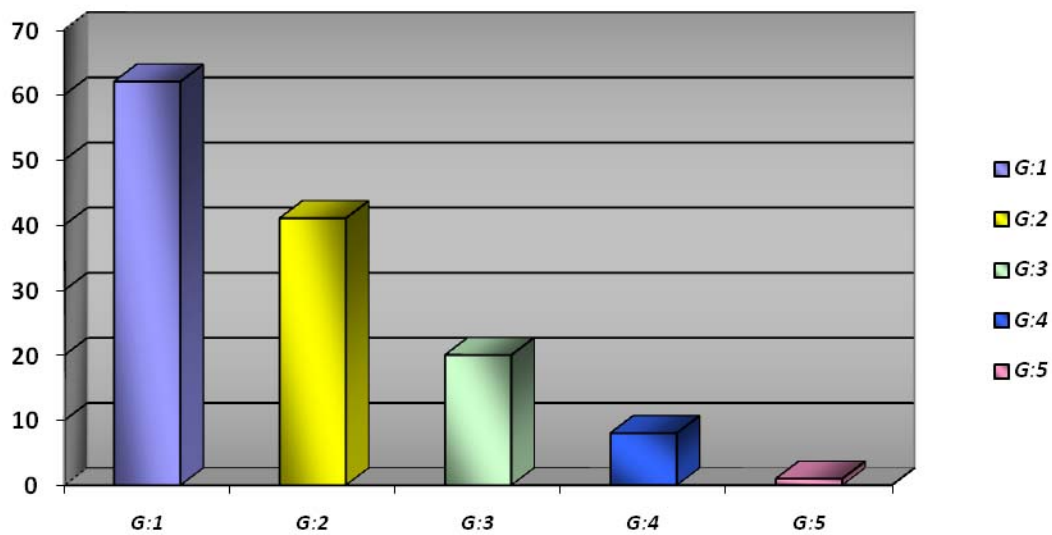


TABLA No.3

G:1	G:2	G:3	G:4	G:5
62	41	20	8	1

ACEPTACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA DE ACUERDO A SU RELIGIÓN

GRÁFICA No. 4

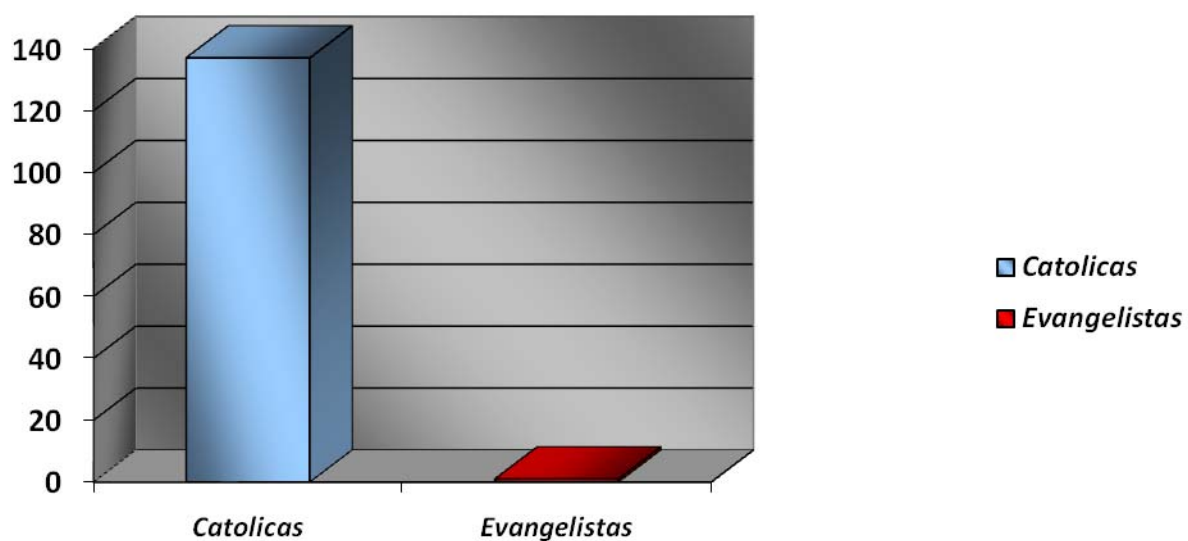


TABLA No. 4

Católicas	Evangelistas
137	1

PORCENTAJES DE MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA QUE ACEPTARON Y QUE RECHAZARON ALGUNO DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS ASOCIADOS A LA CONSEJERÍA

GRÁFICA No. 5

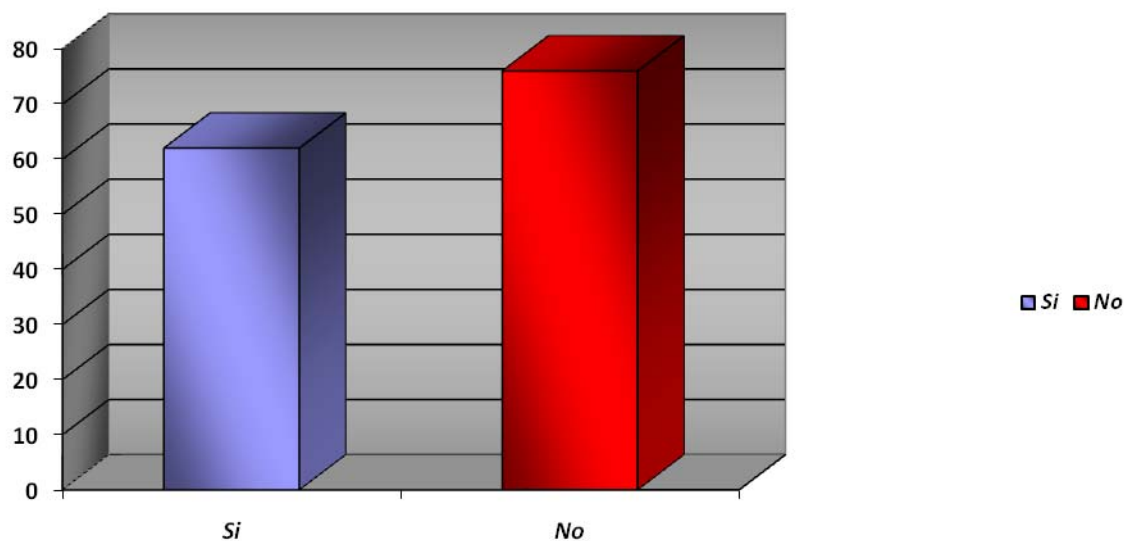
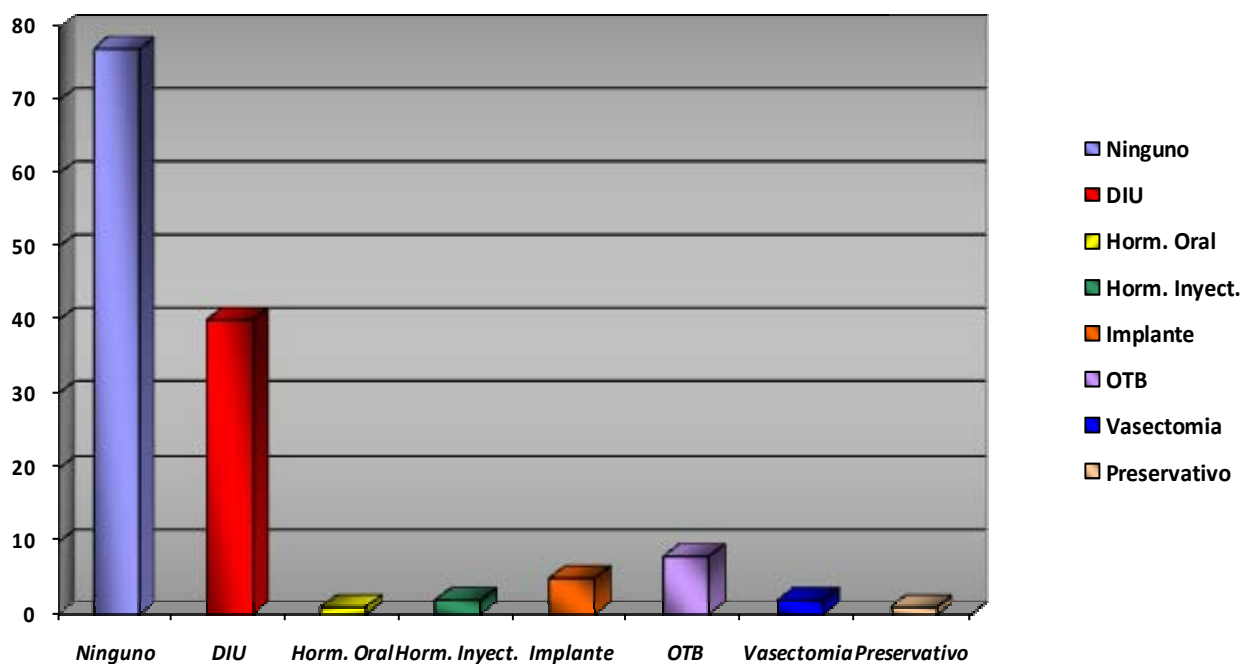


TABLA No. 5

Si	No
74.28%	25.7%

ACEPTACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA EN BASE A LOS TIPOS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS OFERTADOS

GRÁFICA No. 6



Ninguno	DIU	Horm. Oral	Horm. Inyect	Implante	OTB	Vasectomía	Preservativo
77	40	1	2	5	8	2	1

**MÉTODOS APLICADOS A MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA EN BASE A
LOS TIPOS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS OFERTADOS**

GRÁFICA No. 7

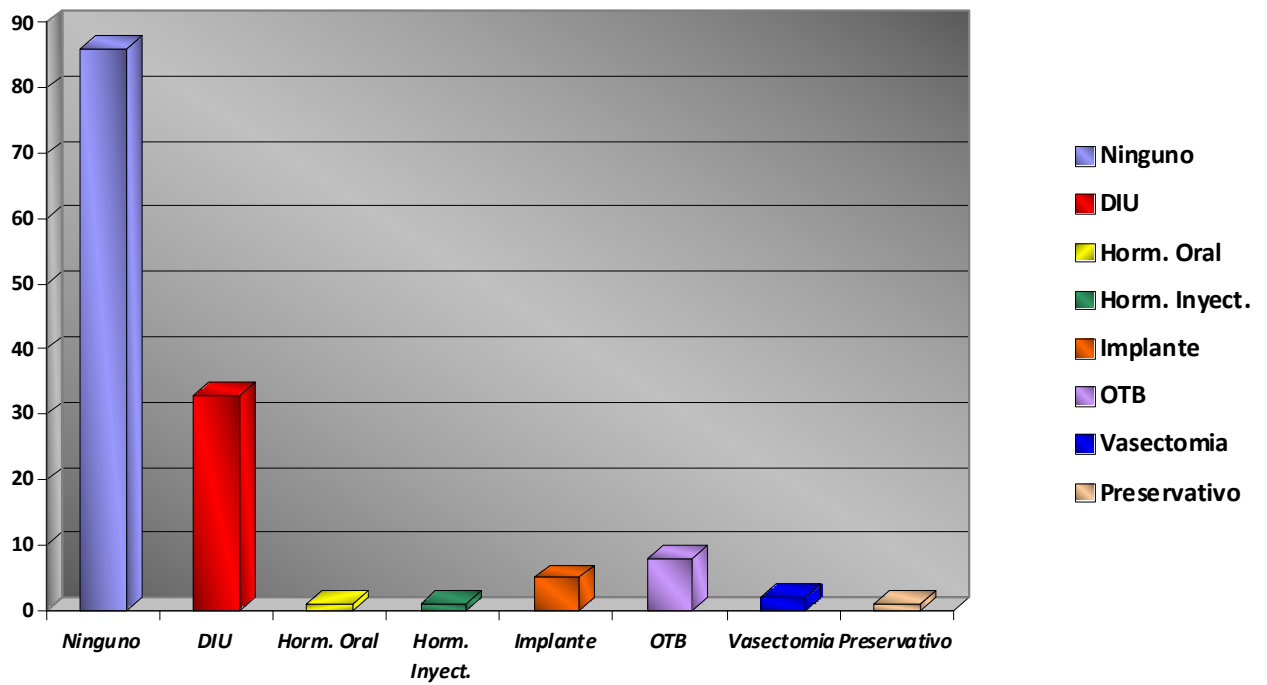


TABLA No. 7

Ninguno	DIU	Horm. Oral	Horm. Inyect	Implante	OTB	Vasectomía	Preservativo
86	33	1	2	5	8	2	1

TIEMPO EN QUE LAS MUJERES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DECIDIERON ACEPTAR ALGUNO DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

GRÁFICA No. 8

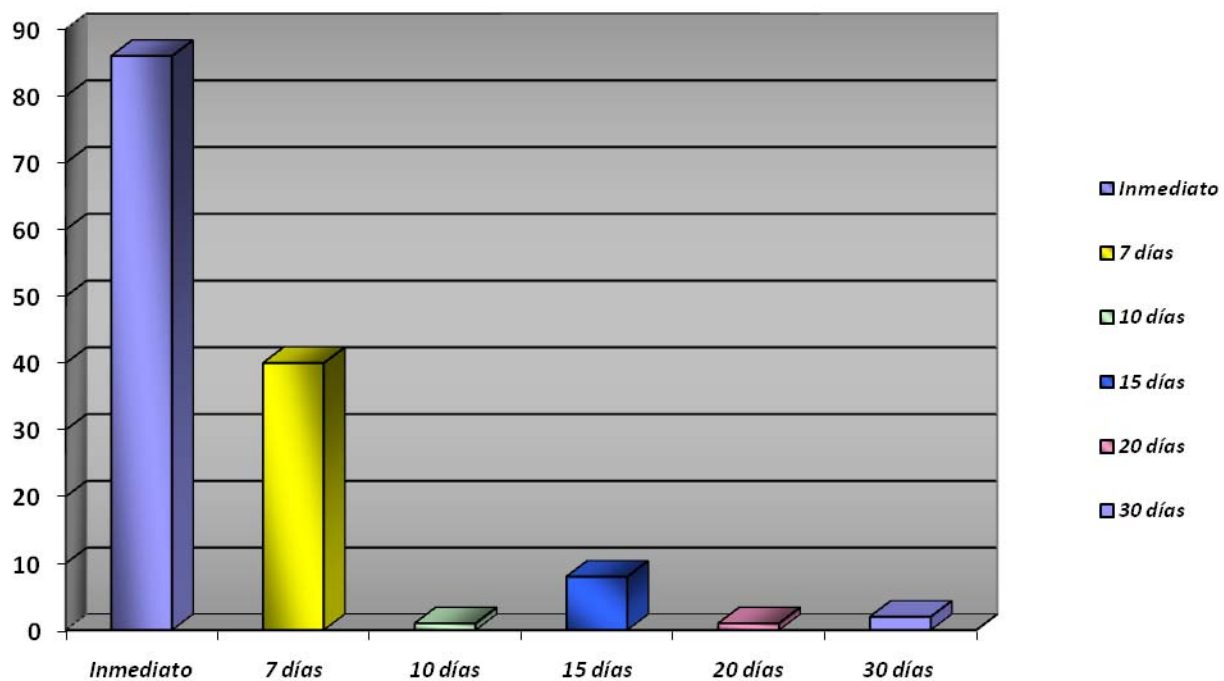


TABLA No. 8

Inmediato	7 días	10 días	15 días	20 días	30 días
86	40	1	8	1	2

MOTIVO POR EL CUAL LAS MUJERES PARTICIPANTES RECHAZARON ALGUNO DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

GRÁFICA No. 9

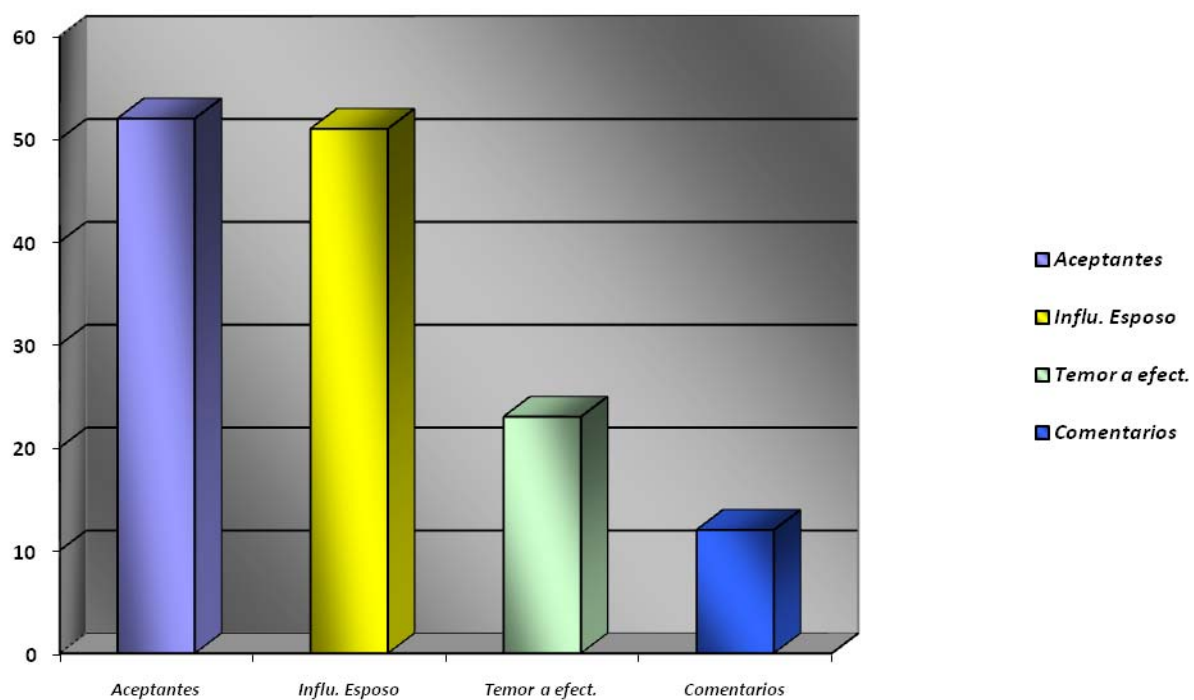


TABLA No.9

Aceptantes	Influencia del esposo	Temor a efectos sec. de los MPF	Comentarios negativos
52	51	23	12

CANTIDAD DE MUJERES QUE YA HABÍAN UTILIZADO ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO PREVIO Y LAS QUE NUNCA LOS HABÍAN UTILIZADO

GRÁFICA No. 11

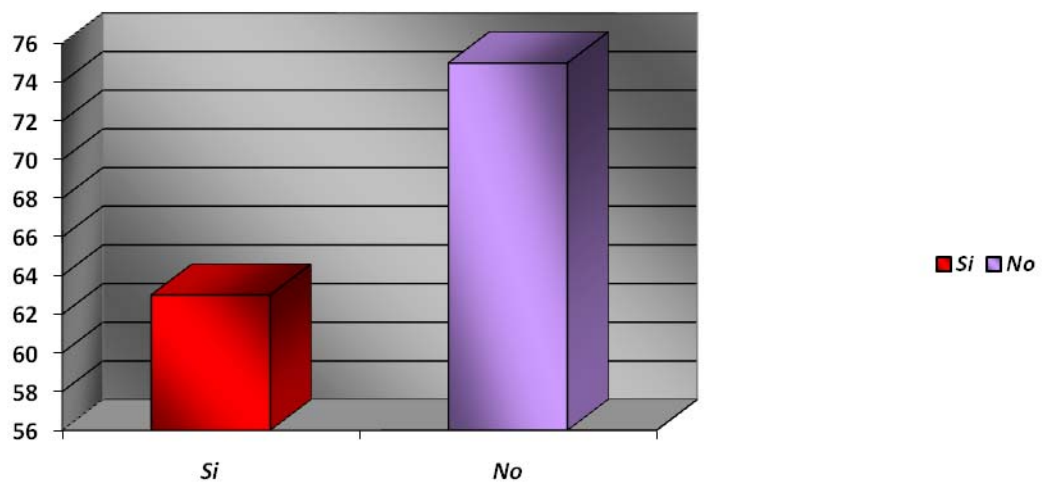


TABLA No. 11

Si	No
63	75

TIPOS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS QUE HABÍAN SIDO UTILIZADOS PREVIAMENTE POR LAS MUJERES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO

GRÁFICA No. 12

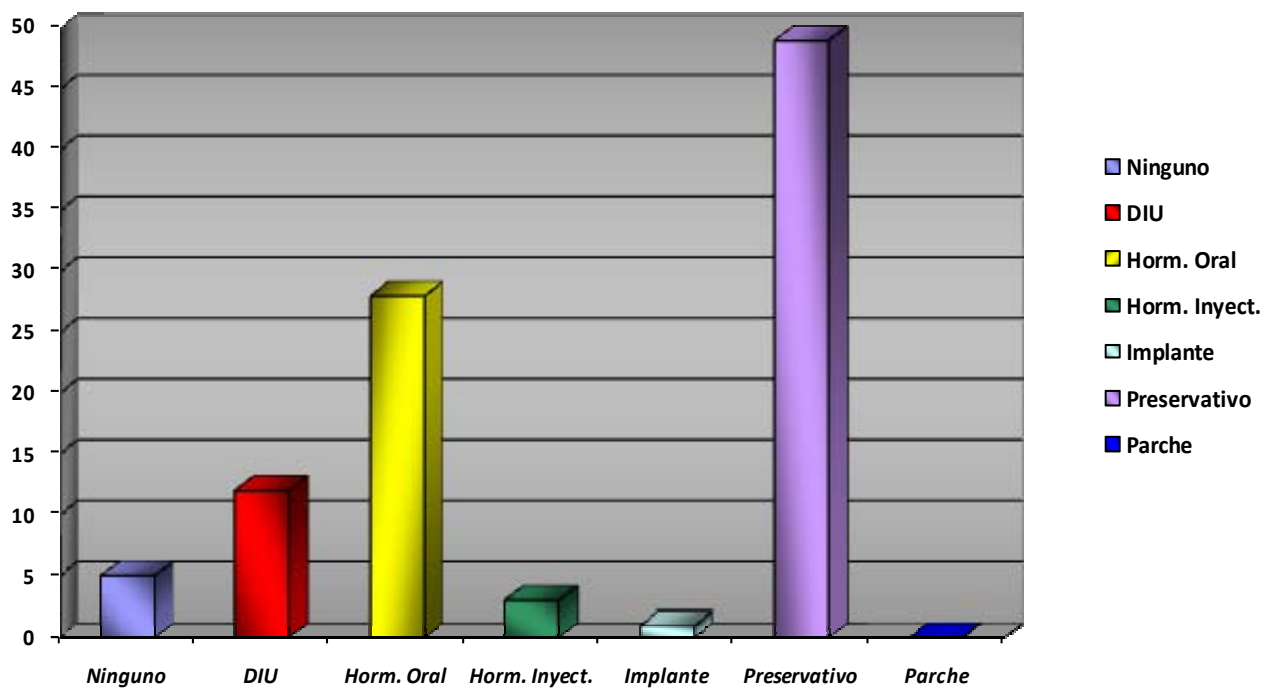


TABLA No. 12

Ninguno	DIU	Horm. Oral	Horm. Inyect	Implante	Preservativo	Parche
5	12	28	3	1	49	0

DISCUSIÓN

. El análisis de las características consideradas con la aplicación de las evaluaciones preliminares y finales durante la realización de este estudio, en comparación con los resultados reportados en la bibliografías consultadas para la realización del mismo, nos muestra que se debe realizar mayor énfasis en la educación de nuestras derechohabientes, que aún a pesar de que cuentan con información acerca de los riesgos reproductivos y de los métodos anticonceptivos, siguen siendo influenciadas importantemente no tan sólo por mitos, y factores socioculturales; también por la influencia negativa de su pareja quien por machismo o por conveniencia a sus propios intereses no aceptan que sus esposas se protejan con algún anticonceptivo justificando lo anterior con respuestas de temor a efectos adversos de los anticonceptivos, considerando que el uso de preservativo es suficiente para protegerlas, lo cual se ve reflejado en el antecedente de uso previo de métodos anticonceptivos reportándose la utilización de preservativos como método anticonceptivo más frecuente.

La finalidad de seleccionar 2 grupos de estudio, uno expuesto a la consejería y el otro no expuesto, fue la de verificar el impacto de la educación en salud reproductiva por medio de comunicación interpersonal, comprobando con ello que del grupo de pacientes que recibieron consejería, hubo mayor aceptación de métodos anticonceptivos, a diferencia del grupo no expuesto el cual mostró una pobre aceptación de métodos, siendo la mayor frecuencia de rechazo por influencia negativa de la pareja de las pacientes, y por el temor a efectos secundarios; cabe mencionar que el rechazo a la aplicación de anticonceptivos se vio influenciada también por deficiencias en el suministro de métodos tales como: los dispositivos intrauterinos, los hormonales orales e inyectables, así como además de los preservativos. A sí mismo la inconsistencia en la atención del módulo de salud reproductiva de la Unidad Médica No.7, (módulo encargado de realizar las programaciones para oclusión tubaria bilateral, vasectomías, implantes subdérmicos y de otorgamiento de parches anticonceptivos): debido a que constantemente cambian de horario de atención lo cual ocasiona inconformidad en las pacientes enviadas a dicho módulo quienes refieren “les hacen perder tiempo” desistiendo por ello en la aceptación de anticonceptivos. Esto último se ve reflejado en el tiempo de resolución en la aceptación de algún método, siendo más importante la aceptación en forma inmediata, presentando cambios de decisión en la aceptación en cuanto pase mayor tiempo con respecto al momento de recibir la consejería. Por tal motivo es necesario establecer una coordinación más efectiva en la atención del módulo de planificación familiar del H.G.Z con UMF No.7 de Cuautla, Mor. con las unidades médicas periféricas para evitar pérdida de tiempo en la programación de la aplicación de métodos anticonceptivos, así como proporcionar el abastecimiento necesario y oportuno de dichos métodos para evitar prolongar el tiempo de aplicación de los métodos anticonceptivos aceptados y evitar su rechazo posterior.

La utilidad de realizar este estudio fue la de establecer el compromiso que tengo como profesional de la salud en verificar si realmente se esta cumpliendo con los principios científicos y éticos, y con las políticas de salud reproductiva, debido a la

elevada incidencia de morbilidad materno infantil reportada a nivel estatal y a la disminución en la aceptación de métodos anticonceptivos en la unidad médica No. 8 de Cd. Ayala, la cual se ve reflejado en las metas establecidas dentro del marco prioritario de los servicios de Salud Reproductiva, Así mismo el resultado de este estudio me permitirá hacer participe al resto del personal de salud de la unidad donde se realizó el estudio, con respecto a el compromiso que tenemos con nuestras derechohabientes en resguardar su salud; en mejorar nuestra labor en la atención de primer contacto enfatizando en la impartición adecuada e interpersonal de la consejería como programa prioritario de atención en salud reproductiva y reforzando dicha información cada vez que sea necesario cumpliendo así con las políticas de salud del IMSS en base a la normatividad establecida en la Constitución Política del País y en la Ley General de Salud.

CONCLUSIONES

Los resultados del presente trabajo de investigación nos ha permitido determinar que existe mayor aceptación de métodos anticonceptivos de mujeres en edad fértil posterior a recibir consejería a diferencia de las que no la se reciben dicha; estableciendo con ello que la consejería si está importantemente relacionada con la aceptación de métodos anticonceptivos. Así mismo nos permitió determinar el impacto que tiene la comunicación interpersonal que ofrece la consejería sobre la decisión libre y responsable en la aceptación de algún método anticonceptivo, ya que cuando la consejería es impartida en forma interpersonal, detallada y concienzudamente a las mujeres en edad fértil, permite interactuar directamente con ellas, lo cual proporciona mayor confianza para que se interesen en adquirir los conocimientos sobre los riesgos reproductivos; en conocer los métodos anticonceptivos disponibles, sus indicaciones y contraindicaciones, concientizándolas sobre la importancia del autocuidado reproductivo para evitar la morbilidad materno infantil, así como conocer las opciones que tienen de elegir el método anticonceptivo más adecuado para ellas de acuerdo a sus características y necesidades específicas, y que mediante un consentimiento informado pueden tomar la decisión libre y responsable de aceptar un método anticonceptivo.

Este estudio nos permitió también establecer el porcentaje de aceptación de métodos anticonceptivos posterior a la impartición de la consejería, permitiendo el logro de nuestros objetivos.

Nuestra participación como personal de salud en este proceso educativo, nos obliga a mejorar la atención a nuestras derechohabientes, en trabajar arduamente en la concientización y aceptación de la responsabilidad que tienen ellas mismas con respecto a su salud, quizá influyendo además en su autoestima para incrementar su valor como personas capaces de autocuidarse, así como en su derecho de tomar decisiones propias y adecuadas con respecto a su salud de acuerdo a sus necesidades específicas y a sus expectativas particulares con respecto a su maternidad contribuyendo con ello en la disminución de la morbilidad materna y perinatal. Al actuar con responsabilidad, profesionalismo considerando los principios científicos, éticos y sujetos a las normas establecidas por la Ley General de Salud contribuimos en el bienestar de nuestras pacientes y en la mejora de nuestras metas como profesionales de la salud.

Sugiero que los investigadores que deseen continuar con esta línea de investigación se enfoquen sobre el porcentaje y tipo de complicaciones que pudieran presentar las usuarias de métodos anticonceptivos, lo cual ocasiona temor en las pacientes y las hace desistir en la aceptación de métodos anticonceptivos.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Historia de la Anticoncepción, Guillermo Díaz Alonso. Revista Cubana de Medicina General Integral, Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas, Ciudad de la Habana.
http://www,bvs,sld,cu/revistas/mgi/vol11_2_95/mgi_16295.htm 08/03/06
- (2) Actualización en Anticoncepción. Clínicas de Ginecología y Obstetricia Temas Actuales. volumen 4/2000. McGraw-Hill Interamericana, México, D. F. 2001.
- (3) Anticoncepción Intrauterina. Actualización 2003. Dr. José Braulio E. Otero Flores, Coordinación de Salud Reproductiva, Instituto Mexicano del Seguro Social.
- (4) Uso de DIU Tcu 380 modificado con filamentos de cromo en el posparto inmediato. Dr. Marcelino Hernández Valencia. Ginecología y Obstetricia de México 2000; 68:70.
- (5) Factores que influyen en la aceptación o rechazo de métodos anticonceptivos en el puerperio. Dr. Gustavo Romero Gutiérrez. Ginecología y obstetricia de México, 2001;69:406.
- (6) Causas de no uso de anticonceptivos durante el periodo posparto inmediato. Ginecología y Obstetricia de México, 2002; vol. 70(11):566-571
- (7) Anticoncepción en México. Dr. Alberto Alvarado Durán. Ginecología y Obstetricia de México. Volumen 70, Mayo, 2002.
- (8) La Consejería en los Programas de la Planificación Familiar. Dirección de Prestaciones Médicas, Coordinación de Salud Reproductiva. Septiembre, 1998.
- (9) Consejería en Salud Reproductiva y Planificación Familiar AVSC Internacional, Dr. Jorge Arturo Cardona Pérez. Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de Prestaciones Médicas, Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil, Agosto, 1999.
- (10) Norma Oficial Mexicana Nom 005-SSA2-1993 de los servicios de Planificación Familiar. Pagina 3-9.
<http://www.salud.gob.mx.unidades/cdi/nom/005ssa23.html>
- (11) Bases Generales de las Actividades de Educación para la Salud Reproductiva. 2ª. Edición Dirección de Prestaciones Médicas. Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil. IMSS. México, 1998. paginas 7-16.

- (12) Manual de Procedimientos de Planificación Familiar, Dirección de Prestaciones Médicas, Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil, Instituto Mexicano del Seguro Social 2ª. Edición, México, D. F. 1998.

- (13) Ginecología en el Adolescente. Clínicas de Ginecología y Obstetricia Temas Actuales. volumen 1/2000. McGraw-Hill Interamericana. México, D.F. paginas 111-112 y 127-140.

- (14) Manual de Actualización en Anticoncepción Hormonal, IMSS, 2005 paginas 7-31.paginas 8-9.

- (15) Manual para el Uso de la Metodología Anticonceptiva, Dirección de Prestaciones Médicas, Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil. Instituto Mexicano del Seguro Social. 2ª. Edición, México, D. F. 1998. paginas 11-31.

- (16) Sistema de Información Médica SIMO, IMSS.H.G.Z. No.7

- (17) Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

ANEXOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UMF No. 8 CIUDAD AYALA.

EVALUACIÓN PRELIMINAR.

I.
FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre:

Edad:

Escolaridad:

Estado civil: Soltera:_____ Casada:_____ Unión Libre:_____

Religión: _____

II.

1. No. De Embarazos:

2. Vida Sexual activa: Sí _____ No _____

3. ¿Desea embarazarse?: Sí _____ No _____

III.

1. ¿Recibió Consejería previa? Sí _____ No _____

2. ¿Quién le impartió la Consejería?

Médico:_____ Enfermera:_____ Trabajadora Social:_____

Otros (especifique):_____

IV.

3. ¿Qué Métodos de Planificación Familiar conoce?

a) Métodos Temporales: DIU:_____ Preservativo:_____ Ritmo:_____
Hormonales orales:_____ Hormonales inyectables _____
Ninguno:_____

b) Métodos Definitivos: OTB:_____ Vasectomía: _____
Ninguno:_____

V.

1. ¿Ha utilizado algún Método Anticonceptivo? Sí_____ No:_____

1. ¿Qué Método Anticonceptivo ha utilizado? _____

3. ¿Qué experiencia tuvo con el Método Anticonceptivo que utilizó?

Buena:_____ Mala:_____

Regular:_____

4. ¿Qué piensa de los Métodos de Planificación Familiar?

Son buenos:_____ Son Deficientes:_____ No son útiles:_____

8. ¿Sabe qué es el Consentimiento Informado? Sí _____ No: _____

9. ¿Qué piensa de los Métodos de Planificación Familiar?

Son buenos: _____ Son deficientes: _____ No son útiles:

10. ¿Considera que la Consejería es útil? Sí _____ No: _____

III.

COMENTARIOS:

IV.

MÉTODO ANTICONCEPTIVO ACEPTADO:

Dispositivo Intrauterino _____ Hormonal Oral _____

Hormonal Inyectable _____ Implante Subdérmico _____ Parche _____

Oclusión Tubaria Bilateral _____ Vasectomía _____

Preservativo _____

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL MORELOS
JEFATURA DELEGACIONAL DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN MÉDICA
UNIDAD MÉDICA FAMILIAR No. 8 CDA. AYALA.**

Cd. Ayala, Morelos a ____ de _____ del 2007.

DRA. MARÍA EUGENIA GARCÍA HDEZ.
INVESTIGADOR RESPONSABLE.

Nombre: _____

No. De Afiliación: _____

Por medio de este conducto doy mi consentimiento para participar de manera voluntaria en el proyecto de investigación "Aceptación de Métodos Anticonceptivos relacionada a la Consejería en Salud Reproductiva en mujeres en edad reproductiva de la UMF No. 8 de Ciudad Ayala". Con el objeto de poder determinar el impacto de la comunicación interpersonal que ofrece la Consejería sobre la decisión libre y responsable en la aceptación de algún Método Anticonceptivo, y establecer la tasa de aceptación de dichos métodos. Buscando con los resultados de este proyecto el beneficio para las mujeres derecho-habientes que se encuentran en edad reproductiva, con respecto a la mejora en el otorgamiento de Métodos Anticonceptivos en base a sus necesidades específicas.

Mi participación consistirá en responder una serie de preguntas mediante un cuestionario, dichas preguntas estarán relacionadas con mis datos personales (edad, estado civil, nivel de estudios realizados, etc.), y sobre los conocimientos que tengo acerca de los Métodos Anticonceptivos. Además se me proporcionará Consejería en Salud Reproductiva y se me canalizará al servicio de Medicina Familiar para aplicarme algún Método Anticonceptivo en caso de aceptarlo.

Declaro que se me ha informado sobre el proceso de mi participación en este proyecto, y autorizo la reproducción de los datos con fines científicos.

Este estudio respeta mi libre decisión y confidencialidad, conservando el derecho de preguntar sobre los avances de la investigación y el de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente.

ATENTAMENTE

TESTIGO

TESTIGO

Nombre y firma

Nombre y firma

Dirección de Prestaciones Médicas
Coordinación de Salud Reproductiva
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____reconozco que me han informado sobre los beneficios que representa para el cuidado de mi salud utilizar un método anticonceptivo.

Que en la elección del método se han considerado mis expectativas reproductivas, personales y mi condición de salud.

Por lo que declaro que se me informó lo siguiente:

- Existen métodos temporales y definitivos para mí y mi pareja.
- Los métodos temporales se utilizan para espaciar los embarazos y los disponibles en el IMSS son: los hormonales orales e inyectables (pastillas e inyecciones), el implante subdérmico, el dispositivo intrauterino (DIU), los parches, y el preservativo.
- Los métodos definitivos y permanentes son: la Oclusión Tubaria Bilateral o Salpingoclasia (ligadura de trompas) para la mujer y la Vasectomía para el hombre y éstos se eligen cuando se ha decidido no tener más hijos.
- Que para la aplicación de métodos como el implante, la Vasectomía y la Salpingoclasia es necesario el empleo de anestesia.
- Que tanto los métodos temporales como los métodos definitivos llegan a fallar y por lo tanto, existe la posibilidad de quedar embarazada o embarazar a mi pareja.
- Que he comprendido todas y cada una de las posibles molestias o efectos no deseados que puedo tener al usar el método elegido.
- Que tengo derecho y me comprometo a acudir a revisión médica en caso de duda, molestia o cuando se me indique.
- **Que es mi decisión libre, consciente e informada aceptar el uso de:**

Firmo este CONSENTIMIENTO por mi libre voluntad en presencia de un testigo y sin haber estado sujeta (o) ningún tipo de presión o coerción para hacerlo.

Lugar y fecha

Nombre y firma (o huella digital)

No. De Afiliación
Testigo

Unidad Médica Adscripción

Nombre y firma

Unidad Médica donde se otorgó el método

Personal que otorgó el método

Unidad Médica

Nombre y firma y matrícula