



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
U.M.F. No. 49 CELAYA, GTO.

**TITULO: “EFECTO DE LA CONSEJERÍA POR TRABAJO SOCIAL Y
ENFERMERÍA EN EL CONSULTORIO DE PLANIFICACIÓN
FAMILIAR DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 3 IMSS
SALAMANCA, GTO. UN SEGUIMIENTO DE USUARIAS A 12 PERIODOS
FÉRTILES”**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:
DR. ENRIQUE SANCHEZ VILLALOBOS

CELAYA, GTO. , 2012



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.

TÍTULO: “EFECTO DE LA CONSEJERÍA POR TRABAJO SOCIAL Y ENFERMERÍA EN EL CONSULTORIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 3 IMSS SALAMANCA, GTO. UN SEGUIMIENTO DE USUARIAS A 12 PERIODOS FÉRTILES”

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

DR. ENRIQUE SANCHEZ VILLALOBOS

AUTORIZACIONES

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA, UNAM.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA.

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE

MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA, UNAM.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES.

COORDINADOR DE DOCENCIA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA, UNAM.

TÍTULO: “EFECTO DE LA CONSEJERÍA POR TRABAJO SOCIAL Y ENFERMERÍA EN EL CONSULTORIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 3 IMSS SALAMANCA, GTO. UN SEGUIMIENTO DE USUARIAS A 12 PERIODOS FÉRTILES”

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

DR. ENRIQUE SANCHEZ VILLALOBOS

AUTORIZA

DR. LUIS FRANCISCO PALOMINO MONCADA

COORDINADOR DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL
DELEGACION GUANAJUATO
IMSS

DR. LUIS ANTONIO DÍAZ BECERRIL.

COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION EN SALUD
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 4
CELAYA GUANAJUATO
IMSS

DRA. MA. MERCEDES BALDERAS HERNÁNDEZ.

PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS.
CELAYA GUANAJUATO
IMSS

TÍTULO: “EFECTO DE LA CONSEJERÍA POR TRABAJO SOCIAL Y ENFERMERÍA EN EL CONSULTORIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 3 IMSS SALAMANCA, GTO. UN SEGUIMIENTO DE USUARIAS A 12 PERIODOS FÉRTILES”

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

DR. ENRIQUE SANCHEZ VILLALOBOS

ASESOR METODOLÓGICO

DR. MIGUEL ÁNGEL RAMÍREZ LÓPEZ.

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN SALAMANCA, GTO.

ASESOR TEMÁTICO

DRA. MA. MERCEDES BALDERAS HERNÁNDEZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS, CELAYA, GTO.

TITULO:

**“EFECTO DE LA CONSEJERÍA POR TRABAJO SOCIAL Y ENFERMERÍA EN
EL CONSULTORIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL HOSPITAL GENERAL
DE ZONA NO. 3 IMSS SALAMANCA, GTO. UN SEGUIMIENTO DE USUARIAS
A 12 PERIODOS FÉRTILES”**

Título	1
Índice general	2
Introducción	3
Marco Teórico	4
Planteamiento del problema	40
Justificación	41
Objetivos	44
Metodología	45
Resultados	49
Discusión	56
Conclusiones	59
Referencias Bibliográficas	61
Anexos	65

INTRODUCCIÓN

Una experiencia relatada por las usuarias de métodos anticonceptivos refieren que reciben consejería en el consultorio de planificación familiar, sin embargo se confunden, considerando esto, el médico familiar en el IMSS requiere evaluar la calidad de la atención del los equipos de salud reproductiva con quien trabaja, personal de trabajo social y enfermería, el presente estudio tiene como propósito mostrar los resultados encontrados acerca de la actitud del prestador de consejería en planificación familiar, esperando sean importantes para el análisis y mejora de la calidad en este servicio.

Para llegar a ellos se realizó una evaluación de la actitud mostrada en conjunto con: enfermería, trabajo social que son el equipo de apoyo con el que cuenta el médico familiar, se utilizó una entrevista estructurada a usuarias de planificación familiar, indagando los principales indicadores de actitud, se llevó en los consultorios de planificación familiar en el hospital General de Zona No. 3 Salamanca, Gto. durante el año 2010.

MARCO TEORICO

Es en la familia en la que transcurre la vida del individuo, y en ella también recibe la información y los estímulos más determinantes para su estructuración biológica y psicológica, así como para su socialización. En el desarrollo del proceso de identidad del individuo son muy importantes las figuras de la madre y del padre, al grado que se identifica con ellas parcial o totalmente.

Definir lo que es el concepto de familia no es una tarea fácil, dada la gran dinámica que presenta ésta en su evolución histórica y social. Se puede considerar que hay múltiples definiciones y conceptos que se han expuesto a través de la historia de la humanidad, y aunque el término se ha definido de distintas maneras, el grupo formado por el esposo, la esposa y los hijos sigue siendo la unidad básica de la sociedad, aun cuando se ha experimentado con diferentes tipos de familias. ⁽¹⁾

Definición de Familia: **Real Academia de la Lengua Española** señala que por familia se debe entender “al grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas. Número de criados de uno, aunque no vivan dentro de su casa. Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje”.⁽²⁾ **Derecho Civil**, señala que la familia es el conjunto de personas entre las cuales existen vínculos jurídicos interdependientes y recíprocos, emergentes en la unión sexual y la procreación. **Organización Mundial de la Salud** señala que por familia se entiende “a los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio”.⁽³⁾ Según la **definición sociológica**, la familia se compone de instituciones que regulan y facilitan el comercio sexual legítimo, la procreación y el cuidado de los hijos, así como la transmisión de la propiedad privada (Gereth y Mill). ⁽⁴⁾ Consenso académico, México 2005 señala como resultado de la **1a. Reunión de Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud**, efectuada en junio de 2005 en la ciudad de México, podemos mencionar el

concepto de familia emanado de esta reunión, desde la perspectiva del médico familiar, el cual la considera como:

“La familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros; su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. Es la unidad de análisis de la medicina familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud-enfermedad”.⁽⁵⁾

El estudio de la tipología familiar implica hacer e identificar con qué elementos está integrada (nuclear, extensa, etc.). Se requiere ubicar el grado de desarrollo alcanzado por la familia dentro de su contexto económico (arcaica, tradicional y moderna), valorar el contexto demográfico de la familia (urbana, suburbana y rural), identificar su comportamiento antropológico (distribución del poder, jerarquía, roles y tipo de liderazgo: familia apartada y familia enredada), y encontrar la calidad y cantidad de sus interacciones en relación con la satisfacción de las necesidades de sus miembros (familia funcional satisfactoria, familia funcional insatisfactoria, familia disfuncional satisfactoria y familia disfuncional insatisfactoria).

Es posible encontrar diversas clasificaciones de la familia, las cuales principalmente se fundamentan en el tipo de cultura, el número de sus componentes, la dinámica familiar y de algunos otros elementos que pueden ser susceptibles de tomar en cuenta para su clasificación.

Así pues, para los estudios de familia, desde el punto de vista social se ha considerado que tiene una utilidad adecuada la siguiente clasificación de las familias, la cual incluye diferentes elementos.

Desde el punto de vista del “**desarrollo de la familia**”, se puede subdividir en tres tipos, que son:

- ▲ Moderna 30%
- ▲ Tradicional 60%
- ▲ Arcaica o primitiva 10%

La familia moderna tiene elementos de desarrollo que, de una u otra manera, nos plantean la idea de un esquema social al cual representa y que la podemos encontrar con frecuencia en niveles socioeconómicos altos.

La familia tradicional tal vez representa al gran conglomerado de familias de clase media y que son, por su tamaño, las más numerosas en la sociedad mexicana, y que también predetermina las características socioculturales que presenta, que tiene como punto o rasgo fundamental la transmisión de modelos socioculturales como son las tradiciones familiares, los valores sociales y de vida que predeterminan la perpetuación de estas características a través del desarrollo de nuevas familias.

La familia arcaica o primitiva también está predeterminada por factores socioculturales y demográficos, además de los elementos de identificación cultural; este tipo de familias se encuentra disperso en todo el territorio nacional y con una menor oportunidad de acceso a los niveles de satisfactores individuales; entre ellas están las familias indígenas, como los mazahuas, coras, tarahumaras, tzetzales, tzotziles, tojolabales, huicholes, mayas, yaquis, etcétera.

La tipología, desde el punto de vista del desarrollo, recae básicamente en la situación socioeconómica de la familia y en su demografía; por tanto, y desde el aspecto “**demográfico**”, se pueden encontrar los siguientes tipos de familia.

- ▲ Urbana 60%
- ▲ Rural 40%

De acuerdo a su “composición” o características de sus integrantes y de si hay o no algún grado de consanguinidad, podemos clasificar a la familia en:

- ⤴ Nuclear
- ⤴ Extensa o extendida
- ⤴ Extensa compuesta

Nuclear, es aquella familia constituida exclusivamente por el padre, la madre y los hijos; sin dejar duda a la composición de este tipo de familias, tal vez es la más conocida y mencionada.

Extensa o extendida, se refiere a la familia conformada por el padre, la madre, los hijos y algún otro familiar consanguíneo (abuelos, tíos, primos, sobrinos, etc.). Tal vez lo único que habría que mencionar es el hecho de considerar a otros familiares consanguíneos directos que viven en el seno de la familia, lo cual también predetermina la dinámica familiar de estas familias.

Extensa compuesta, es la familia compuesta por el padre, la madre, los hijos, algún pariente consanguíneo y alguna otra persona sin parentesco familiar (compadres, amigos).

Familias según su ocupación:

- ⤴ Familias Campesinas
- ⤴ Familias Obreras
- ⤴ Familias Profesionales

La familia tiene una función muy importante que desarrollar, la cual es: educar, permitir la expresión sexual y enseñar a regular la fecundidad de sus miembros, y matizar cada uno de estos elementos con las características propias de cada sistema familiar en particular.

Recientemente se han presentado cambios sociodemográficos en las familias, así como cambios en la forma de estructura de las mismas, hecho que ha llevado a los sistemas familiares a tener cambios también en sus funciones tradicionales.

Los principales cambios actuales que permiten tener una visión diferente de la tradicional función de reproducción son:

- ⤴ Disminución de las tasas de fecundidad por incremento en los programas de planificación familiar.
- ⤴ Aumento en los índices de separación y divorcio.
- ⤴ Mayor participación de la mujer en el campo laboral y cultural.
- ⤴ Cambios en los tipos de unión familiar, con un incremento de las tasas de unión libre.
- ⤴ Ampliación de la esperanza de vida.

Por tanto, y analizando de esta manera, la familia más que cumplir una función de reproducción, actualmente establece condiciones que permiten a sus elementos aprender, interpretar y expresar los componentes de la sexualidad, así como permitirle decidir y regular su fecundidad. ⁽⁶⁾

Fecundidad, se entiende por fecundidad, la capacidad reproductiva de una mujer en edad fértil, la fecundidad puede incrementarse o decrecer dentro de una población según ciertos factores de regularización y se mide por el número promedio de hijos por mujer (índice de fecundidad), o mediante la tasa de fecundidad general (número de nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil en un año) ⁽⁷⁾

Usuario, persona que utiliza un método anticonceptivo temporal o le ha sido realizado alguno de los métodos anticonceptivos permanentes. ⁽⁸⁾

Proveedor, persona encargada de proveer las cosas necesarias para un fin. ⁽⁹⁾

Calidad de servicios de planificación familiar, se define en términos de la forma en que los individuos y las parejas reciben atención por el Sistema de Servicios de Planificación Familiar. Esta definición incorpora seis elementos: variedad de métodos anticonceptivos disponibles para la decisión, información que se proporciona a los usuarios, competencia técnica de los prestadores de servicios, relaciones interpersonales de los prestadores de servicios y los usuarios, mecanismos de seguimiento para favorecer la continuidad del uso de los métodos anticonceptivos y, un conjunto apropiado de servicios de salud que incluyan los de planificación familiar.⁽⁸⁾

La calidad de los servicios de salud reproductiva y el grado de actitud con que se brinda son factores que interrelacionan, lo que hace que si alguno de ellos se modifica se producirán cambios positivos o negativos en los usuarios.⁽¹⁰⁾

Existen muchas y muy buenas ideas sobre la calidad, pero fue hasta muy recientemente que se alcanzó cierto nivel de consenso respecto a lo que este concepto significa en situaciones específicas. El término "garantía de calidad" tiende a producir cierta confusión, ya que no es posible garantizar un nivel dado de calidad en todos los casos. A lo más a lo que se puede aspirar es a salvaguardar o mejorar la calidad de la atención, o a garantizar que no descenderá por debajo de cierto umbral. "La conservación de la calidad o, más optimistamente, el incremento de la calidad, podrían ser metas más realistas"(1989) Donabedian. El desempeño técnico depende del conocimiento y del juicio utilizado para llegar a las estrategias adecuadas de atención y de la habilidad para implementarlas. Si bien la actitud no determina la conducta, su estudio es importante pues existe una estrecha relación entre ambas, y ejerciendo influencia en la primera es posible controlar o aun cambiar la conducta final. ⁽¹¹⁾

La definición de **Allport**, quien se refiere a la actitud como un: "Estado mental y neural de disposición organizado a través de la experiencia, que ejerce una influencia directiva o dinámica sobre la conducta del individuo ante todos los

objetos y situaciones con los que se relaciona". Sin embargo, hay que mencionar el aspecto de colectividad que tiene la actitud, el cual es expresión del entorno social en el que se desenvuelve el individuo.

La actitud constituye una forma de orientación del proceder de las personas, dependiente de la norma grupal, y tiene la propiedad de reflejarse en el comportamiento del individuo, de orientarlo, regularlo y guiarlo en determinado sentido; de esta manera, es posible distinguir en toda actitud un objetivo, una dirección y una intensidad.⁽¹²⁾

Las relaciones interpersonales forman el proceso a través del cual el paciente o usuario proporciona la información necesaria para llegar a un diagnóstico o seleccionar los métodos de atención más apropiados, y el prestador de la atención proporciona la información sobre la naturaleza del problema médico y su manejo, y motiva al paciente o usuario a participar activamente en su cuidado.⁽¹¹⁾

Desde hace más de 35 años los médicos de familia vienen proporcionando atención en Planificación Familiar desde el primer nivel de atención y el más cercano al contexto social de las y los ciudadanos. Desde la misma fecha vienen necesitando formación de calidad en esta área de la atención sanitaria.

Las consultas de Planificación Familiar Básicas se realizan a través del médico de familia en su unidad de atención.

Según la OMS se define el trabajo en equipo como "la acción coordinada, llevada a cabo por dos o más personas, de forma conjunta, simultánea o sucesiva".⁽¹³⁾

El aspecto esencial del trabajo de un equipo interdisciplinario se asume no de acuerdo a la función de cada disciplina o especialista, sino atendiendo a las necesidades de la persona, grupo o población, lo que le brinda mayor capacidad resolutive.

La práctica interdisciplinaria facilita y potencia el desarrollo de una atención mas adecuada de los problemas de salud, facilitando la anticipación a los mismos. En las personas, promueve un cambio de actitud, reconociendo al equipo como parte de la red social de la comunidad, generando compromiso en el auto- cuidado de su salud e integración al equipo de salud.

Brinda a los integrantes del equipo de atención, mayor motivación profesional y compromiso con la tarea, aumentando el intercambio personal. ⁽¹⁴⁾

El profesional de Enfermería trabajando en planificación familiar ha de ser capaz de asumir funciones y actividades en todos los campos, con responsabilidad y autonomía, brindando continuidad y potenciando la coordinación. La organización de las actividades desarrolladas por los profesionales de enfermería, deben basarse en la programación y en la protocolización de los procedimientos, en conjunto con el equipo de salud.

La calidad de la atención en la planificación familiar es el grado en el que los medios materiales, técnicos, interpersonales y sociales se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles, dando cierto número de recursos, en la fertilidad, el tamaño de las familias, el espaciamiento de los nacimientos, la satisfacción del consumidor y los indicadores materno-infantiles relacionados con la salud reproductiva en una población determinada. ⁽¹⁵⁾

La **Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993**, establece los principios que competen a los Servicios de Planificación Familiar en México, tarea cotidiana del personal médico y paramédico dentro de las instituciones de salud, y de otros como el auxiliar comunitario, el pasante en servicio social y médicos privados.

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994 (CIPD) transformó la agenda de iniciativas internacionales sobre salud reproductiva, entre ellas, redefinió la planificación familiar como un elemento de los servicios de salud reproductiva integral, en el que se contempla la salud dentro de un contexto social

más amplio y reconoce la importancia de la equidad y del respeto y ejercicio de los derechos reproductivos.

El Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción, se ha definido como prioritario, porque contribuye a alcanzar una vida sexual y reproductiva sana y placentera, a través de su contribución a la prevención de embarazos no planeados y de alto riesgo, de la disminución del riesgo de mortalidad perinatal, aborto e infecciones de transmisión sexual. Por otro lado fomenta una actitud responsable frente a la reproducción, contribuye a mejorar las condiciones de vida de los individuos, tanto para los padres como para los hijos y coadyuva a disminuir los niveles de fecundidad y, en consecuencia, a favorecer el crecimiento armónico de la población del país, lo que repercute positivamente en el desarrollo económico.

Desde su inicio en los años setentas, el programa ha tenido importantes avances. La fecundidad ha disminuido notablemente, asociada a un incremento importante en el uso de métodos anticonceptivos por las mujeres en edad fértil unidas. A principios de la década de los setenta, el promedio de hijos por mujer era superior a seis, mientras que en la actualidad el número es de 2.2.

En 1970 había 50.6 millones de habitantes en el territorio nacional, población que en el año 2005 se incrementó a cerca de 105 millones. La estructura de la población por grupos de edad también se modificó significativamente, observándose una disminución en la base debido al decremento de la fecundidad, así como un incremento en los grupos en edad reproductiva.

Para la última década, se realizaron diversas acciones que impulsaron el trabajo interinstitucional en conjunto con la sociedad civil, buscando favorecer las acciones para atender la salud sexual y reproductiva de los grupos de población con mayor rezago en esta materia como son los adolescentes, la población urbano-marginada, la población rural e indígena; en un marco de respeto a los derechos sexuales y reproductivos.

De acuerdo con las estimaciones realizadas por CONAPO, con base en la información obtenida en la ENADID 2006, la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos es de 65.8%, presentando un incremento de casi cuatro puntos porcentuales en relación al año 1997, cifra que se aumenta a 70.9% al considerar a las usuarias de métodos tradicionales, del total en mujeres en edad fértil unidas.

Sin embargo, es importante reconocer que pese a los esfuerzos realizados, sólo se observó un incremento de 0.1% en relación al 2000 donde el porcentaje de mujeres unidas en edad fértil que usaban métodos anticonceptivos era de 70.8%. Si bien el porcentaje global no muestra un incremento importante, cualitativamente si hay una diferencia significativa debido a una mayor utilización de métodos modernos que son más seguros y confiables.

Las preferencias de uso de métodos anticonceptivos observadas en las ENADID 1997 y 2006 reflejan que los más utilizados son: La oclusión tubaria bilateral (62%) y el dispositivo intrauterino (20%). Llama la atención el aumento en el uso de preservativos y espermaticidas (10%), desplazando del tercer lugar a los métodos tradicionales, reduciéndose de manera importante la demanda de estos de 27% a 8%, lo que refleja que en la actualidad la población opta por métodos modernos, eficaces y de alta continuidad.

Respecto a la prevalencia por entidad federativa, catorce estados rebasaron la meta de cobertura anticonceptiva planteada para el 2006 (73.9%): Baja California Sur, Nuevo León Distrito Federal, Chihuahua, Sonora, Colima, Coahuila, Sinaloa, Nayarit, Baja California, Estado de México, Quintana Roo, Campeche y Yucatán. En un plano intermedio, seis entidades se ubican con porcentajes de uso mayores al promedio nacional, pero menor a la meta establecida y doce presentan niveles de uso menores a la media nacional, de las cuales cuatro registran cifras similares a las que presentaron hace quince años: Guerrero, Oaxaca, Chiapas y Puebla.

La planificación familiar conlleva las actividades de: promover, difundir, informar, educar y dar consejería, esta última consiste en la comunicación personal, entre

los prestadores de servicios y los usuarios potenciales y activos, a fin de que tomen una decisión de reproducción responsable ⁽⁸⁾

Los principales indicadores de desempeño en materia de planificación familiar fueron propuestos por **Bertrand et al.**, en 1994 englobados en 4: **1 indicadores de insumos** consultan si los recursos tales como el personal, los equipos y los insumos son suficientes y si son entregados oportunamente; **2 indicadores de logros** revisan si efectivamente ocurrieron cambios previstos en el acceso a servicios, calidad de atención y utilización de los servicios; **3 indicadores de resultados** examinan si se producen en la población los cambios previstos en cuanto al uso de métodos anticonceptivos y niveles de fertilidad, y **4 indicadores de proceso** investigan cómo se están llevando a cabo las actividades del programa, tales como capacitación y consejería. El presente protocolo trata de indagar sobre las características de estos últimos indicadores sobre la consejería en planificación familiar en el Hospital General con medicina familiar No 3 del IMSS considerando además algunos indicadores de resultado al evaluar la persistencia de planificación familiar en 12 ciclos fértiles de las usuarias. ⁽¹⁶⁾

Actualmente la Planificación Familiar, se interpreta como una estrategia de salud en la atención primaria, orientada a la prevención de embarazos de Alto Riesgo, por lo que es necesario realizar una modificación sustancial en los contextos usados actualmente para la promoción y que se refieren principalmente a temas de orden demográfico y socioeconómico, para encaminarlos hacia la promoción de salud. Para que exista interés y aceptación en la práctica de la misma, debe realizarse una labor educativa suficiente y eficiente, capaz de contribuir al control de la capacidad reproductiva, con la consiguiente responsabilidad ante la familia, la comunidad en que se vive y en la sociedad, donde el individuo se ve como un ejemplo positivo o negativo, influyendo así en su desarrollo. El control de la fecundidad más que un problema biológico es una cuestión social y cultural ⁽¹⁷⁾

Por lo general las mujeres de edad tienen más experiencia en la anticoncepción que las mujeres más jóvenes ⁽¹⁸⁾, pero a todas les debe interesar por igual el

conocimiento y posibilidades del uso correcto de los diferentes métodos. La Planificación Familiar, como elemento de la salud reproductiva es uno de los más poderosos en las políticas sociales para asegurar el desarrollo sostenible de la sociedad con plena participación de todos los miembros de la comunidad. ⁽¹⁹⁾ Los análisis internacionales indican que las tendencias en la fertilidad están básicamente determinadas por los cambios en el uso de métodos anticonceptivos y que, en general, los cambios en los otros tres determinantes proximales tienen una influencia poco importante. ⁽²⁰⁾

Salud Reproductiva: Es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. La salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear y libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. El hombre y la mujer tienen el derecho a obtener información y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección para la regulación de la fecundidad, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos.

La consejería es un proceso de comunicación interpersonal y directa, mediante la cual un miembro del equipo de salud orienta, asesora, apoya a otra persona o pareja, a identificar sus necesidades, a tomar decisiones informadas, libres, responsables y voluntarias acerca de sus vidas reproductivas. La consejería en Planificación Familiar es el proceso de análisis y comunicación personal, entre los prestadores de servicios y los usuarios potenciales y activos, mediante el cual se brindan a los solicitantes métodos anticonceptivos, elementos para que puedan tomar decisiones voluntarias, conscientes e informadas acerca de su vida sexual y reproductiva, así como para efectuar la selección del método más adecuado a sus necesidades individuales y así asegurar un uso correcto y satisfactorio por el tiempo que se desee la protección anticonceptiva. ⁽⁸⁾

La consejería debe proporcionar información, orientación y apoyo educativo a individuos y parejas, para esclarecer las dudas que pudieran tener sobre los métodos anticonceptivos. La consejería debe hacer énfasis en la correlación entre los atributos y limitaciones de los métodos anticonceptivos, con las necesidades y características individuales y de pareja de los posibles aceptantes. Se debe poner especial atención en la seguridad, efectividad y duración de la protección anticonceptiva de cada uno de los métodos, así como de sus características, forma de uso, necesidades de seguimiento y participación activa y comprometida de los usuarios, para lograr la efectividad del método seleccionado.

La consejería debe tomar en cuenta en todo momento, que la decisión y consentimiento responsable e informado de los usuarios deben ser respetados en forma absoluta y no se debe inducir la aceptación de un método anticonceptivo en especial. ⁽⁸⁾

El consejero debe constatar que los aceptantes han recibido y comprendido la información completa sobre las características, usos y riesgos de los diferentes métodos anticonceptivos, así como de su responsabilidad por el buen uso de ellos. En virtud de que no existe un anticonceptivo 100% efectivo, el aceptante asume el riesgo de la falla de cada método. El consejero pide a las personas o a las parejas asesoradas que elijan, es decir que decidan por si mismas el método de planificación familiar que más les conviene. El consejero no decide, acompaña en el proceso para una decisión madura y responsable que toman las personas y las parejas. ⁽⁸⁾

Satisfacción del usuario y de los profesionales: Se refiere a la satisfacción del usuario con los servicios recibidos, con los profesionales y con los resultados de la atención. La satisfacción del profesional se refiere a la satisfacción con las condiciones de trabajo y el resultado de la atención.

La consejería debe dar particular atención a los siguientes grupos e individuos:

1. Adolescentes.

2. Usuarios que solicitan métodos de anticoncepción permanente.

3. Individuos que presentan limitaciones físicas o psíquicas que puedan afectar su capacidad de decisión.

4. En el posparto y poscesárea cuando el recién nacido presente problemas de salud que comprometan su supervivencia.

La consejería debe proporcionar información completa sobre los diferentes métodos anticonceptivos, tanto a los nuevos usuarios o aceptantes, como a los usuarios activos, con el fin de esclarecer dudas. En caso necesario, será un apoyo para la decisión de cambio de método.

La aceptación de métodos anticonceptivos permanentes (oclusión tubaria bilateral y vasectomía) debe ir precedida por consejería y se debe ratificar por escrito por el usuario e incluir este documento en la ficha individual o expediente clínico personal. Este documento debe describir el conocimiento del aceptante sobre la irreversibilidad del procedimiento. ⁽²¹⁾

La manera en que los usuarios reciben ciertos servicios influye en su uso; las relaciones interpersonales se definen como el contenido afectivo de la transacción usuario-proveedor. Esta dimensión, independientemente de la precisión de la información proporcionada –considerada en la información proporcionada a los usuarios y el grado en la que la comprenden, puede influir de manera importante en la confianza de los usuarios en sus propias elecciones y habilidad, en la satisfacción con los servicios, y en la probabilidad de que regresen a hacer de nuevo uso del servicio. En cierto sentido, la dimensión afectiva del trabajo del empleado de un programa de planificación familiar puede compensar ciertas inconveniencias inevitables de algún procedimiento o las limitaciones técnicas y los problemas logísticos. El proporcionar información de manera empática puede

resultar tan importante como la precisión en desterrar sentimientos negativos sobre, por ejemplo, la inserción de un implante, el cuidado con el uso de los diafragmas y demás.

En aquellas circunstancias en las que las mujeres tienen que viajar para obtener servicios especiales sobre los que guardan ciertas dudas (como la esterilización), la compañía calurosa de una trabajadora de campo puede resultar esencial. Este elemento, además, es el centro del proceso de consulta. En una revisión reciente se sugiere que los atributos ideales de un consejero son la capacidad de comprensión, el respeto y la honestidad. El contacto **usuario-proveedor** debe caracterizarse por una comunicación en ambos sentidos y una actitud permanente de pregunta-respuesta, así como por una guía flexible por parte del proveedor. El resultado deseado de esta transacción, desde el punto de vista del proveedor, puede ser que el cliente confíe en la competencia técnica del trabajador, y desarrolle cierta confianza de tipo personal y cierta disposición para regresar a la clínica o incluso a referir a otros conocidos. En algunos programas, el hecho de que un gran número de usuarios no regrese a un servicio específico no forzosamente refleja que se están ofreciendo servicios de mala calidad. En ocasiones se debe a que los usuarios prefieren hacerse cargo ellos mismos del control de su fertilidad. Esto sucede frecuentemente cuando un programa específico está rodeado por otros proveedores gubernamentales, comerciales o privados. De manera similar, los usuarios pueden discontinuar el uso de un método particular porque prefieren utilizar otro, han modificado sus intenciones reproductivas o ya no requieren protección anticonceptiva. ^(8,21)

Servicios de mala calidad de orientación y consejería desalientan a las parejas de adoptar o continuar el uso de métodos anticonceptivos, en su estudio **Hanifi y Cols.** , encontraron que los proveedores del servicio y las usuarias culparon a factores religiosos, culturales y educacionales de desalentar a las mujeres de usar métodos de planificación familiar, no obstante, señalaron problemas

programáticos: el personal de planificación familiar no se esforzó por proveer servicios e ignoraron las quejas de los clientes, y no había una supervisión o monitoreo eficaz. ⁽²²⁾

En otro estudio realizado por **Henry-Lee y Cols**, se describe que las discusiones de grupos focales y múltiples entrevistas con clientes de clínicas de planificación familiar en **Kingston Jamaica**, por un período de un año entregaron información sobre las tasas de continuación de los métodos anticonceptivos, así como también las razones de las mujeres para la discontinuación. Al cabo de un año, el 57 por ciento de las mujeres entrevistadas seguía usando el mismo método, el 19 por ciento había cambiado el método que usaba y el 24 por ciento no estaba usando ningún método. Si bien el costo y la larga espera en las clínicas desmotivaron a las mujeres para continuar, los efectos secundarios fueron la razón más común para discontinuar el uso de métodos anticonceptivos. ⁽²³⁾

En **Filipinas RamaRao, W. et al.**, menciona que más de 1.700 nuevos usuarios de planificación familiar fueron entrevistados sobre la calidad de atención que recibían. Más de 16 meses después, una encuesta de seguimiento recopiló información sobre la continuación del uso de anticonceptivos por parte de 1,460 de las personas inicialmente entrevistadas.

La calidad de atención fue calificada en 24 ítems relacionados con **evaluación de necesidades, información recibida, elección del método, relaciones interpersonales y continuidad de la atención**. Luego de considerar las características sociodemográficas y las intenciones reproductivas de las mujeres, un análisis multifactorial reveló que las mujeres que recibieron una mejor atención al momento de adoptar un método tenían una mayor probabilidad de estar usándolo al momento del seguimiento. La predicción de probabilidades de uso anticonceptivo se elevó de un 55 por ciento, que representaba una baja calidad de atención, a un 62 por ciento, que representaba a una calidad de atención de mediana calidad, y a un 67 por ciento, que representaba una alta calidad de atención. Dado el éxito de la planificación familiar en otras partes de Bangladesh

con similares barreras sociales y religiosas, los autores concluyen que la mala calidad del sistema de provisión de servicios es responsable del bajo uso anticonceptivo. Se han encontrado seis elementos que son esenciales para lograr buenos servicios de planificación familiar: elección del método, entrega de información, competencia técnica de los proveedores, relaciones interpersonales entre proveedores y clientes, mecanismos de seguimiento y continuidad, y una apropiada variedad de servicios. ⁽²⁴⁾

Se sabe que en España, existen estudios sobre la actitud hacia el trabajo de grupos de atención primaria que suponen un cambio conceptual y de modo de actuar de profesionistas que en su mayoría, se han formado en modelos exclusivamente individualistas y biologicistas. ⁽²⁵⁾ También se ha investigado la actitud para el trabajo de equipo en salud mental y en la promoción de la salud.

Otros trabajos indican que el estudio de las actitudes en el sector salud se ha limitado al análisis de la relación médico-enfermo en los estudiantes de medicina y en los residentes de medicina familiar. Son pocos los trabajos que evalúan a las actitudes en relación al usuario por parte del proveedor. ⁽²⁶⁾

En una sesión de consejería se deben considerar los siguientes pasos:

- Presentación e indagación del motivo de la visita.
- Necesidad de un método de Planificación Familiar.
- Conocer la historia médica y anticonceptiva del cliente (en la terminología de PF se denomina cliente a la persona que demanda los servicios; en Ecuador a las personas que acuden a una unidad de salud, por cualquier motivo, se denomina usuario).
- Comprobar lo que sabe la pareja o el usuario.
- Corregir cualquier concepto erróneo.

- Informar al usuario lo que le falta conocer.
- Aplicar los métodos de PF a la situación personal de cada usuario para que sea éste el que decida lo que mejor le convenga (número de hijos, edad del usuario, intervalo ínter genésico).
- Decidir el método (permanente o temporal).
- Discutir si está en condiciones de utilizar el método seleccionado y asegurar que la decisión es voluntaria.
- Establecer un calendario de seguimiento. ⁽²⁷⁾

Perfil del prestador de servicios que proporciona consejería.

La consejería debe ser impartida por cualquiera de los integrantes del personal de salud que hayan recibido capacitación especial (personal médico, de enfermería, trabajo social, u otro personal paramédico, promotores de salud y agentes de salud comunitaria).

Para realizar una labor eficaz, el consejero debe establecer un diálogo ágil con el usuario potencial, así como observar, hacer preguntas relevantes y escuchar. Asimismo, debe estar bien informado sobre todos los métodos anticonceptivos existentes, aspectos básicos de sexualidad y reproducción humana, incluyendo los lineamientos para la identificación y manejo de casos de esterilidad e infertilidad, factores de riesgo reproductivo, elementos del entorno sociocultural y familiar y saber transmitir esta información en forma clara y accesible a los usuarios, para lo cual debe auxiliarse de material educativo adecuado. Debido a que el consejero y el usuario potencial establecen comunicación sobre cuestiones de índole personal, es importante que se preserve el carácter privado y confidencial de la consejería en planificación familiar, para que aliente al solicitante a expresarse con absoluta confianza y libertad. El consejero debe imprimir carácter de **respeto y privacidad** en el trato al usuario, a través de su **actitud y del interés mostrado al solicitante**, procurando que exista un ambiente de mutua confianza, así como tomar en

consideración los mitos, tabúes y creencias sobre los anticonceptivos y hacer las aclaraciones pertinentes con delicadeza y sensibilidad. El consejero debe reconocer signos de cualquier problema emocional u orgánico de importancia en el solicitante y hacer la referencia en caso necesario. ⁽²¹⁾

Cualidades y Conocimientos de un Consejero

a. Cualidades y aptitudes personales:

- Deseo de trabajar con la gente
- Convicción sobre el valor de la planificación familiar (PF).
- Respeto por el derecho y la capacidad de las personas de tomar sus propias decisiones
- Comodidad de tratar temas relativos a la sexualidad y a la expresión de sentimientos.
- Conocimientos de sí mismo (conciencia de cuáles son sus propios valores, prejuicios, expectativas, capacidades y limitaciones)
- Actitud imparcial hacia las opiniones de diversos grupos de población y culturas
- Tolerancia de valores diferentes a los propios
- Empatía hacia los usuarios
- Actitud de apoyo hacia los usuarios.
- Capacidad de mantener el carácter confidencial de la información que reciba.
- Actitud imparcial acerca de los diversos métodos de planificación familiar.
- Conducta profesional.

b. capacidad para la comunicación. El consejero debe tener capacidad para:

- Crear una atmósfera cómoda para el cliente
- Presentar la información claramente
- Estimular la formulación de preguntas
- Escuchar y observar atentamente
- Formular preguntas que estimulen al cliente a compartir información y sentimientos
- Orientar la interacción entre consejero y cliente
- Utilizar el mismo lenguaje que el cliente

c. Conocimientos sobre anticoncepción:

- Anatomía y fisiología del aparato reproductor
- Razones para la planificación familiar (riesgos de salud, paridad satisfecha).
- Tecnología anticonceptiva (beneficios, riesgos, eficacia y modos de acción de los métodos de planificación familiar disponibles)
- Que deben hacer los clientes si experimentan complicaciones o efectos secundarios relacionados con anticoncepción.

d. Conocimientos acerca de consejería en planificación familiar:

- Objetivo de la consejería: ayudar a los usuarios en la toma de decisiones informadas, voluntarias y responsables acerca de su fecundidad
- Importancia de mantener el carácter confidencial de la consejería.

-Diferencias entre consejería, información, promoción y consentimiento informado.

-Principales responsabilidades del consejero en planificación familiar.

e. Conocimientos relacionados con el país:

-Políticas gubernamentales relativas a la PF, incluida la esterilización voluntaria

-Leyes relativas a la planificación familiar, incluida la esterilización voluntaria

f. Conocimientos relativos a los usuarios:

-La cultura de la población de usuarios

-Maneras cómo los usuarios toman decisiones en materia de PF y quién influye sobre esas decisiones.

-Razones por las que los usuarios cambian de opinión o no están satisfechos con los métodos anticonceptivos.

-Factores que impiden a los usuarios el formular preguntas, participar en intercambio de ideas o expresar sus necesidades, intereses y preocupaciones.

-Normas de fecundidad y prácticas sexuales comunes.

-Razones por las que los usuarios solicitan Planificación Familiar, incluida la esterilización voluntaria.

-Signos que indican la posibilidad de que el usuario no tome una decisión responsable.

-Factores que pueden impedir el uso exitoso de anticonceptivos. ⁽²⁷⁾

Tiempo y lugar para efectuar la consejería.

La consejería puede impartirse en las diferentes oportunidades de consulta o visita que el usuario potencial haga al prestador de servicio y puede llevarse a cabo en las unidades médicas de **consulta, externa y hospitalización**, en los centros de atención comunitaria o en el domicilio de los usuarios potenciales y activos. El proceso de consejería debe realizarse con anterioridad a la decisión del usuario, y a la selección y aplicación de los métodos anticonceptivos. Debe tenerse especial interés en proporcionar consejería individual y de pareja durante el periodo prenatal, posparto, poscesárea, posaborto y cuando la situación de salud de la mujer pueda ser afectada por la presencia de un embarazo. No debe efectuarse bajo situaciones de presión emocional.

Características principales de la orientación- consejería en planificación familiar para los usuarios.

La orientación y la consejería es la información, orientación y apoyo educativo que debe recibir un usuario y / o su pareja, para aclarar las dudas que se tengan sobre todos o sobre cualquiera de los métodos anticonceptivos en cuanto a:

Sus características ¿De que están hechos? ¿Cuál es su presentación? ¿Que contienen?

Efectividad anticonceptiva ¿Que posibilidad tengo de embarazarme al usar este método?

Indicaciones ¿Cual es el método que más me conviene?

Contraindicaciones ¿Existe alguna razón que me impida usar este método?

Forma de administración ¿Cómo debo de utilizarlo?

Tiempo de protección ¿Por cuánto tiempo estoy protegido o protegida con este método?

Efectos colaterales y conducta a seguir ¿Que hago en caso de tener alguna molestia?

La ayuda nemotécnica **GATHER** en inglés (**ACCEDA** en español: **Atender, Conversar, Comunicar, Elegir, Describir, Acordar** otra visita) ofrece una aproximación sistemática a la consejería de planificación familiar que asegura que los proveedores traten toda la información esencial y ofrezcan el apoyo que necesitan tanto a clientes nuevos como antiguos. ⁽²⁸⁾

Los siguientes seis principios promueven una interacción positiva entre el cliente y el proveedor ⁽²⁹⁾. Se aplican a todo el personal que tenga contacto con el cliente, no solamente a los proveedores:

- Tratar a los clientes con cordialidad y respeto.
- Crear una real interacción con los clientes, escuchándolos con atención y alentándolos a hacer preguntas y expresar sus inquietudes.
- Usar información provista por el cliente para adaptar la sesión de consejería a las necesidades individuales de salud y personales del cliente.
- Entregar al cliente el método que quiere siempre que no existan razones médicas que lo impidan.
- Evitar dar a los clientes demasiada información ya que eso se presta para confusiones y olvidos.
- Ayudar al cliente a comprender información clave usando material audiovisual, repitiendo instrucciones clave y asegurándose de que el cliente las ha comprendido correctamente. ⁽³⁰⁾

Se describe un marco de seis partes sobre la atención en planificación familiar de calidad que analiza la calidad desde la perspectiva de los clientes. El primer elemento, la **elección del método**, se refiere a tener una variedad de métodos

anticonceptivos disponibles para ajustarse a las distintas necesidades de los clientes. El segundo elemento, la **entrega de información**, asegura que los clientes reciban suficiente información para escoger y usar un método anticonceptivo específico de manera satisfactoria y con competencia técnica. El tercer elemento, **competencia técnica**, comprende la técnica clínica de los proveedores, la observación de protocolos y la mantención de la asepsia para garantizar la seguridad de los clientes. El cuarto elemento, **las relaciones interpersonales**, se refiere a cómo los proveedores tratan a los clientes, es decir, las dimensiones afectivas tales como respeto y cortesía. El quinto elemento, los **mecanismos de seguimiento y continuidad**, se refieren al continuo apoyo brindado a los clientes a lo largo del tiempo. El sexto elemento, la **apropiada variedad de servicios**, comprende configurar los servicios de planificación familiar para hacerlas convenientes y aceptables a los clientes y satisfacer las necesidades locales. (**Consejo Nacional de Población**).

El **Programa Nacional de Población** y el **Programa Estratégico de Salud Reproductiva** 2001-2006, son consecuentes con los principios que tradicionalmente han regido la política de población en México. Los **derechos reproductivos** están consagrados en el **artículo 4º** constitucional que establece el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos y a obtener la información y los servicios idóneos. Además, la **Norma Oficial Mexicana** de los Servicios de Planificación Familiar indica los estándares de calidad con los que deben otorgarse los servicios. El propio Programa Estratégico de Salud Reproductiva destaca las principales líneas de acción que deben instrumentarse para que tanto hombres como mujeres puedan ejercer sus derechos reproductivos.

De estos documentos se desprende que los derechos reproductivos incluyen:

El derecho básico de todos los individuos y las parejas a decidir de manera libre, informada y responsable sobre el número y espaciamiento de sus hijos con acceso a información, educación y servicios.

El derecho a alcanzar el nivel más elevado de bienestar sexual y reproductivo.

El derecho a adoptar decisiones sobre la reproducción sin sufrir discriminación, coerción y violencia.

La **población usuaria** de los servicios de salud reproductiva y planificación familiar de los sectores público y privado tiene **derecho a:**

- *Información sobre los beneficios, mecanismos de acción, forma de uso, indicaciones, Contraindicaciones, precauciones y efectividad de todos los métodos anticonceptivos disponibles.*
- *Recibir atención y servicios de salud reproductiva con calidad.*
- *Decidir responsable e informadamente y con libertad sobre la práctica de la planificación familiar y el uso de métodos de la regulación de la fertilidad.*
- *Tener acceso a métodos anticonceptivos efectivos y exentos de riesgos y daños para la salud.*
- *Recibir información, orientación-consejería y servicios en un ambiente libre de interferencias y con privacidad.*
- *Establecer relación con los prestadores de salud con confidencialidad y certeza de que cualquier información personal proporcionada no será divulgada a terceras personas.*
- *Recibir un trato digno y respetuoso por parte de los prestadores de servicios.*
- *Recibir información, servicios y suministros en planificación familiar por el tiempo que sea requerido para asegurar el uso sin interrupciones involuntarias de un método anticonceptivo.*

- *Poder expresar los puntos de vista personales acerca de la información, los métodos anticonceptivos y los servicios recibidos..*

Para estar en condiciones de garantizar el ejercicio pleno de estos derechos, los esfuerzos gubernamentales se han dirigido a ampliar el acceso a los servicios de planificación familiar, a mejorar la calidad con que se otorgan y a fortalecer tanto los mecanismos de seguimiento y evaluación como las estrategias de información, educación y comunicación.⁽³¹⁾

Consideraciones especiales para la consejería en planificación familiar.

Métodos anticonceptivos. Son sustancias o instrumentos que se utilizan con la finalidad de evitar embarazos no deseados.

Clasificación

Temporales o reversibles

1. Hormonales:

a). Orales

-hormonales combinados (mensuales)

-hormonal solo (mensual)

b). Inyectables:

-hormonales combinados (mensuales o bimensuales)

-hormonal solo (mensual o bimensual)

c). Implante subdérmico

2. Dispositivo intrauterino medicado con cobre
3. Preservativo o condón
4. Otros métodos de barrera
5. Naturales o de abstinencia periódica

Permanentes o no reversibles

1. Salpingoclasia, Ligadura u Obstrucción tubaria bilateral
2. Vasectomía (que puede ser Tradicional o sin Bisturí) ⁽⁷⁾

Métodos temporales o reversibles

Hormonales

Se encuentran en preparaciones orales, inyectables, implante subdérmico y en forma de parches dérmicos de aplicación semanal (estos últimos no están disponibles en la Secretaría de Salud), todos ellos contienen hormonas sintéticas; existen en forma combinada, que contienen estrógenos y progestinas y existen con progestina sola. En el ámbito mundial y nacional están dentro de los de mayor uso y aceptación, ya que son sumamente seguros y eficaces aunque requieren uso correcto y sistemático por parte de las mujeres.

Estos métodos actúan previniendo el embarazo inhibiendo parcial o totalmente la ovulación, espesando el moco que se produce en el cérvix y este actúa como barrera contra los espermatozoides dificultando la entrada de estos a la cavidad uterina y disminuyendo la movilidad de las trompas uterinas dificultando con el ello el transporte del óvulo. Ninguno de los métodos hormonales es eficaz una vez que se ha establecido un embarazo. La efectividad de los hormonales para prevenir un embarazo es superior al 99%. ⁽⁸⁾

Dispositivo intrauterino

Existen dos tipos, los que están medicados con cobre y los que contienen hormonas sintéticas; el de mayor aceptación actualmente es la llamada T de cobre Tcu 380A cuya eficacia es del 99%, dura entre 5 y 10 años, físicamente, es un modelo de plástico (polietileno) con forma de "T" de 36mm de largo y 32mm de ancho; tiene una espiral de cobre en el tallo vertical de la "T" y una placa del mismo material en cada uno de los brazos horizontales y esta provisto de dos filamentos de polietileno por medio de los cuales se comprueba su localización y facilita su extracción.

La forma en la que impide un embarazo es principalmente que al ser colocado ocasiona una inflamación limitada y sin otra consecuencia que no sea la de obstruir el paso de los espermatozoides hacia las trompas de Falopio que es el lugar en el cual ocurre la fecundación.

Indicado para mujeres que nunca se han embarazado, también para las que ya han tenido hijos y para las adolescentes, puede ser aplicado después del parto, después de una cesárea, antes del primer embarazo, después de un aborto o en el intervalo entre un embarazo y otro.

Esta contraindicado en el embarazo o ante sospecha de embarazo, útero pequeño, enfermedades que deformen el útero, cáncer de cérvix o de útero y en infecciones pélvicas crónicas.

En general es bien tolerado por todas las usuarias pero pueden llegar a presentar efectos colaterales como dolor en la pelvis, dolor durante la menstruación o aumento en la cantidad de sangrado, estas molestias deben remitir en promedio durante los primeros 90 días después de haberse aplicado, en caso de no remitir se deberá valorar el retiro de este método.

De los medicados con hormonas, también tiene forma de T es de acetato de vinil etileno, de 36mm de largo por 32 de ancho. En su segmento vertical contiene la

sustancia (hormona progesterona) que es liberada durante un año de uso continuo. Los países en donde más se utiliza son Estado Unidos y Francia. Su localización y extracción también se vigila a través de dos filamentos de color azul oscuro. ⁽²¹⁾

Preservativo o condón masculino

Es uno de los anticonceptivos más antiguos y representan el método de barrera más utilizado en el ámbito mundial. Originalmente se fabricaban de 3 tipos de materiales: de origen natural o biológico (casi en desuso), de látex y de plástico, actualmente en el Instituto de Salud solo se distribuye el de látex. Físicamente es una bolsa o funda que se aplica al pene en erección para evitar el paso de los espermatozoides a través del cérvix uterino. Algunos se acompañan de sustancias espermicidas con el propósito de incrementar su efectividad.

Básicamente su mecanismo de acción es impidiendo el paso de los espermatozoides y de microorganismos al aparato reproductor femenino. También evita que los líquidos y microorganismos de la mujer tengan contacto con el pene. Con relación a la eficacia se considera que bien utilizado brinda protección de entre el 85 y el 88%, además que hasta hoy se considera el medio más efectivo para reducir el riesgo de adquirir enfermedades sexualmente transmisibles y para ello la eficacia se considera de hasta el 98% con el uso correcto y frecuente.

Modo de empleo

- 1.- Abrir el paquete cuidadosamente.
- 2.- Desenrollar el condón sobre el pene erecto antes del contacto genital.
- 3.- Cerciorarse de haber desenrollado todo el condón hasta la base del pene.
- 4.- Extraer el pene de la vagina cuando todavía está erecto y quitar el condón.
- 5.- Desecharlo adecuadamente.

Indicaciones

Indicado para el hombre con vida sexual activa, con relaciones sexuales ocasionales, particularmente adolescentes que desean protección temporal y prevención de enfermedades de transmisión sexual. También está indicado para hombres portadores de enfermedades de transmisión sexual como son el virus del papiloma humano (VPH), gonorrea, herpes genital o cualquier otra infección de tipo genital. Hombres que deseen un método reversible y en quienes sus parejas no utilicen ningún método anticonceptivo, hombres cuyas parejas pongan en peligro su salud en caso de embarazarse, hombres cuyas parejas no puedan usar ningún método después del parto, aborto o cesárea.

Efectos colaterales

En raras ocasiones pueden llegar a presentarse reacciones de tipo alérgico en la piel por el látex o por el espermicida.

Desventajas

En algunos casos llega a producir irritación local tipo alergia para el látex o para el lubricante.

Se tendrá que tomar un tiempo para la colocación del condón en el pene erecto antes de la penetración.

El condón se puede deteriorar por efectos de humedad, luz solar, o si es usado con lubricantes hechos a base de aceites o vaselina.

Puede llegar a romperse con el exceso de fricción.

Es indispensable la cooperación del hombre para su uso.

Otros métodos de Barrera

Condón femenino (efectividad reconocida 79 al 98%)

Espermicidas en forma de gel, espuma, supositorios todos ellos de uso vaginal (efectividad 75 al 90%)

Diafragmas femeninos (efectividad cuando se usa junto a espermicida 82%)

Capuchón cervical femenino (eficacia, se embarazan 9 mujeres por cada 100 que lo usan en un año)

Esponja vaginal (eficacia, se embarazan 20 mujeres de cada 100 que lo usan en un año). ⁽⁸⁾

Naturales o de Abstinencia periódica

Es aquella forma de evitar el embarazo planeando el acto sexual de acuerdo a los períodos fértiles e infértiles de la mujer, requieren de una alta motivación y participación activa de la pareja, así como de la capacidad de la mujer para identificar los patrones de secreción de moco cervical, temperatura basal y otros síntomas asociados al periodo fértil, dentro de los más reconocidos están:

Método de calendario, del ritmo o de Ogino-Knaus

Método de la temperatura basal

Método del moco Cervical o de Billings

Método sintotérmico.

La efectividad reconocida de estos métodos es de entre el 70 al 80%, sin embargo son de los más difíciles de llevar a cabo porque requieren más compromiso por parte de la pareja, excelente asesoría recibida de los prestadores de servicio, orientación y por lo mismo son de los que presentan más falla durante su uso.

Permanentes o No reversibles

Salpingoclasia, Oclusión Tubaria Bilateral, Ligadura de Trompas o Salpingectomía

Es un método permanente para la mujer, que consiste en la ligadura y corte de las trompas uterinas con la finalidad de poner una barrera mecánica que evite la unión del óvulo con el espermatozoide. La eficacia que tiene este método es del 99% aunque puede variar de acuerdo a la técnica utilizada y a la edad de la paciente. Esta cirugía puede realizarse entre un embarazo y otro, después de un parto, después de un aborto, o después de una cesárea.

Indicaciones

Indicado en toda mujer con vida sexual activa que desee un método permanente de anticoncepción, también en aquella mujer a la cual el embarazo represente un riesgo para su salud o en casos especiales de retraso mental que requieren consentimiento informado de los padres o tutores.

Se deben tener precauciones para su realización en casos de enfermedades que padezca la mujer y se debe contraindicar en casos de padecer enfermedad pélvica inflamatoria.

En cuanto a la anestesia que se usa para realizar esta cirugía puede practicarse de tres maneras: bajo anestesia local y sedación, con anestesia regional mejor conocida como bloqueo o bajo anestesia general.

Desventajas

Es prácticamente irreversible, existe riesgo quirúrgico y anestésico y no protege contra enfermedades de transmisión sexual ni contra VIH SIDA.

Resulta indispensable que antes de tomar la decisión, se reciba amplia información y orientación al respecto de este método, debido a que la usuaria

deberá estar consciente de la magnitud del efecto permanente del método. Este método requiere que la usuaria solicite y autorice mediante su firma o huella dactilar a que se le realice la cirugía (hoja de Consentimiento Informado)

Vasectomía

Es un método anticonceptivo permanente para el hombre, que consiste en el corte y la ligadura de los conductos deferentes con el fin de evitar el paso de los espermatozoides. Actúa básicamente impidiendo la fecundación al obstruir en forma mecánica el paso de los espermatozoides a través de los conductos deferentes. Brinda una eficacia del 99%. Está indicado para hombres en edad fértil con vida sexual activa, que deseen un método definitivo para controlar su fertilidad, cuando exista alguna razón de tipo médico que ponga en riesgo la vida de la pareja con otro embarazo o en casos de pacientes con retardo mental, en los cuales se requiere en forma obligatoria el consentimiento de los padres o tutores.

Efectos colaterales

De acuerdo a diversos autores, hasta la fecha no se han demostrado efectos adversos relacionados directamente con el método; tampoco se ha determinado relación alguna con incremento en el riesgo de padecer cáncer de próstata o de testículo. No se altera la producción de hormonas, ni el deseo sexual del usuario, ni es causa de impotencia.

Complicaciones

Ocurren en menos del 1% de los usuarios y generalmente se deben a falta de seguimiento de las instrucciones postoperatorias. Su manejo es con tratamiento médico conservador en la mayoría de los casos.

Puede ser realizada con 2 técnicas quirúrgicas. Tradicional con bisturí Del Dr., Li, sin Bisturí, Vasectomía sin bisturí.

Antecedentes

La vasectomía sin bisturí es una alternativa permanente para todos aquellos varones que han decidido terminar su vida reproductiva.

Esta técnica desarrollada por el Doctor Li Shun Quiang, de la República Popular China, se realiza bajo anestesia local y no requiere hospitalización ni exámenes de laboratorio preoperatorios en el usuario sano. Se realiza en algunos hospitales y en varios centros de salud de este instituto de Salud. A últimas fechas se ha logrado incrementar significativamente su aceptabilidad en los varones de nuestra entidad.

En el Instituto de Salud se incorporó esta técnica como un procedimiento ambulatorio que se ofrece a aquellas parejas que han completado el número de hijos deseado, y se hace acompañar por amplias pláticas de orientación - consejería para que después el usuario pueda otorgar el consentimiento informado (indispensable para la realización del procedimiento). Por tratarse de un método permanente se requiere en todos los casos la firma o impresión de la huella dactilar en el formato oficial, como lo señala la Norma Oficial Mexicana de los servicios de planificación familiar.

La Vasectomía Sin Bisturí es un método anticonceptivo permanente, para los hombres, sencillo y práctico de hacer que requiere de dos instrumentos especialmente hechos para el procedimiento, en el cual previa anestesia local, se ligan y cortan los conductos deferentes sin que sea necesario el uso del bisturí.

Esta técnica ofrece ventajas sobre la tradicional, entre las que destacan:

1. No requiere estudios de laboratorio antes de la operación en solicitantes sanos.
2. Es ambulatoria (se realiza en el consultorio médico y no requiere de hospitalización)
3. Se realiza con anestesia local.

4. Se requiere muy poco instrumental.
5. El procedimiento lleva aproximadamente entre 20 y 30 minutos.
6. La cirugía se hace a través de una punción que no requiere sutura.
7. Los cuidados preoperatorios y post operatorios son mínimos.
8. La recuperación después de la cirugía es rápida.
9. El procedimiento es gratuito.
10. Las complicaciones luego de la cirugía son menores que con la técnica tradicional.
11. La efectividad es del 99%.

Indicaciones

- A. Esta indicada para hombres que ya no desean tener más hijos.
- B. Razones médicas (son aquellas circunstancias en las que un embarazo representa un riesgo alto de enfermedad para su pareja).
- C. Hombres con retraso mental (en este caso se requiere que el padre o tutor proporcione el consentimiento informado para la cirugía).

Contraindicaciones

1. Criptorquidia. (Ausencia o falta en el descenso de los testículos de cavidad abdominal al escroto)
2. Antecedentes de cirugía en escroto o en testículo por cualquier causa.
3. Disfunción eréctil. (Como por ejemplo la impotencia, la eyaculación precoz etc.)

Cabe mencionar que previa aceptación de este método, debe ocurrir una o más sesiones de orientación - consejería, en la cual se brinda información sobre características del método, efectividad anticonceptiva, opciones anticonceptivas disponibles, tipo de anestesia, indicaciones, contraindicaciones y precauciones; además los pormenores del procedimiento quirúrgico, duración de la protección anticonceptiva, seguridad, efectos colaterales, posibles molestias y conducta a seguir hasta el alta del usuario. Posteriormente el usuario plenamente informado decide voluntariamente sin coerción alguna sobre el método. Una vez tomada la decisión el solicitante deberá firmar una hoja de autorización voluntaria de anticoncepción quirúrgica previa lectura y comprensión de la misma, este anexo se incluirá en el expediente clínico del usuario. ⁽³²⁾

El consentimiento informado es un derecho que se basa en el Art. 4º. Constitucional en el que se menciona que “**...toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos ...**” En la orientación-consejería en planificación familiar, el consentimiento informado es el proceso que garantiza que la usuaria o usuario ha expresado voluntariamente su decisión para adoptar un método anticonceptivo, después de haber comprendido cuales son los objetivos, los beneficios, las molestias, los posibles riesgos, las alternativas, sus derechos y responsabilidades. A través de este proceso, se describe la gama de métodos para la regulación de la fertilidad. Si bien la decisión debe de ser tomada por las o los usuarios, el prestador de servicios deberá asegurar que el método elegido sea conveniente para las circunstancias particulares. Al igual que los procesos de salud-enfermedad y de atención médica, la información para el consentimiento no puede ser estática ni concretarse a un momento determinado, sino que debe plantearse en diferentes momentos; siempre utilizando un lenguaje sencillo, práctico, adaptado culturalmente, evitando hasta donde sea posible el empleo de términos técnicos y científicos, que asegure la comprensión de la información que se otorga. ⁽³²⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Hasta hoy, la mayoría de los trabajos de investigación se han concentrado en medir el impacto de los cambios en la fecundidad y frecuencia de uso de anticonceptivos, y generalmente se desconocen aquellos que indagan sobre la consejería. El médico debe tomar en consideración que las familias desean planificar pero necesitan saber cómo hacerlo.

En instituciones como el Seguro Social, evaluar la consejería familiar suele ser uno de los elementos más débiles de los programas de planificación familiar y de salud reproductiva, con frecuencia se carece de capacitación, manuales y herramientas necesarias para realizar la evaluación, por consiguiente esto sólo puede ser abordado mejorando la calidad de los proveedores, el trabajo de consejería con las mujeres sobre la seguridad y los efectos secundarios de los métodos, especialmente para abordar los problemas más comunes. En nuestro medio se desconoce de las características de la consejería, los resultados del presente estudio aportan el inicio, con el fin de establecer estrategias que fortalezcan y evalúen la capacitación técnica que mejore el desempeño de los proveedores y fomenten una alternativa de la auto-evaluación, por lo cual deseo investigar:

¿Cuáles son las características de la consejería otorgada por el proveedor del servicio en las usuarias de planificación familiar del Hospital General de Zona No. 3 IMSS Salamanca, Gto.?

JUSTIFICACION

Magnitud

Aunque se desconoce en nuestro medio sobre estudios de consejería y calidad de atención en planificación familiar y aceptantes posterior a la consejería así como de la continuidad del método elegido, se sabe de la importancia a nivel local y nacional de prevenir los embarazos de alto riesgo y la mortalidad materna, así como el control de la natalidad, por tal motivo es de gran relevancia tratar de resolver la demanda de las usuarias de planificación familiar de la mejor manera posible dentro del hospital general de zona No. 3 Salamanca, Gto., con la consigna de otorgar consejería y atención de calidad en materia de planificación familiar para así mismo lograr un alto índice de aceptación de los métodos de planificación familiar por las usuarias que buscan orientación.

En nuestro estudio se aplicó encuesta de salida a la usuaria posterior a recibir consejería y valorar el resultado de aceptación de método de planificación familiar dejando una línea abierta de investigación para seguimiento de las pacientes a un año para valorar calidad de atención.

Trascendencia

La falta de información sobre planificación familiar así como la falta de asesoría y consejería, representan factores particularmente importantes para el uso adecuado de anticonceptivos.

La importancia de esta investigación radica en el enfoque integrado en la relación interpersonal proveedor –usuaria, se contaría con resultados que ofrecerían detalles de cómo llevar adecuadamente la consejería pretendiendo desarrollar mejoras en su atención, en la elección del método y en menos gastos a la institución, etc.

Se espera que para los proveedores del servicio de planificación familiar los resultados del estudio sirvan como datos epidemiológicos y dejen la posibilidad de profundizar en la aceptación y seguimiento de método de planificación familiar.

Vulnerabilidad

La consejería es fundamental para los servicios de planificación familiar, mejora la interacción usuario-proveedor puede conducir a mayores tasas de adopción de un método anticonceptivo, uso eficaz y continuación. Idealmente, el proceso de consejería debe centrarse en el cliente (usuario). Significa tratar a todos los clientes con respeto, independientemente de su edad, estado civil, grupo étnico o grupo socioeconómico, manteniendo la confidencialidad y personalizando el contenido de cada sesión para ajustarse a la situación individual de cada cliente.

Esto podría requerir de estudios que permitan describir cuales son las características de la consejería a fin de una capacitación para clarificar los valores de los proveedores, superar barreras, y fortalecer sus destrezas de comunicación interpersonal. ⁽¹⁷⁾

Factibilidad

El Instituto Mexicano del Seguro social ofrece el servicio de Planificación Familiar a usuarias derechohabientes y no derechohabientes lo cual nos permite un universo de trabajo más amplio.

Para evaluar el porcentaje de aceptación del método de planificación familiar y calidad de atención se cuenta con instrumento validado y utilizado por MINSA disponible para su uso, en virtud de que su aplicación es relativamente sencilla no requiere de una preparación sofisticada, para este estudio se cuenta con los recursos económicos, materiales y humanos, por parte del investigador cuenta con los conocimientos mínimos necesarios para llevarlo a cabo.

Viabilidad

El comité local de investigación en salud del Instituto Mexicano del Seguro Social ha dado el registro y autorización para la realización de este estudio. A las usuarias de planificación familiar se les solicitó su participación voluntaria por medio del Consentimiento Informado y Compartido con su firma de autorización.

Se ha observado que la decisión de otorgar un método de planificación familiar es generalmente por sus características biológicas que son tomadas en cuenta por el proveedor prestador del servicio, pero también es una realidad que poco consideran la información y las características propias de cada una de las usuarias, que de alguna manera influyen en la satisfacción y continuidad del método, por ello resulta evidente que hace falta profundizar más acerca de la calidad de atención en planificación familiar y los efectos de la consejería.

OBJETIVO GENERAL

Describir las características principales de la consejería otorgada por el proveedor del servicio en el consultorio de planificación familiar.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ⤴ Identificar la actitud del proveedor del servicio en la relación interpersonal en la población usuaria de planificación familiar.
- ⤴ Identificar el método de planificación familiar con mayor aceptación por las usuarias posterior a la consejería por el personal de trabajo social y enfermería.
- ⤴ Identificar la satisfacción de las usuarias con el método de planificación familiar otorgado.
- ⤴ Identificar las características generales y tipo de familia de las mujeres usuarias del estudio en el consultorio de planificación familiar.

METODOLOGIA

Tipo de estudio: descriptivo, observacional, transversal, prospectivo.

Población, lugar y tiempo: mujeres en edad fértil usuarias que acudieron al consultorio de planificación familiar y que recibieron consejería de rutina de la trabajadora social y/o enfermería en el Hospital General de Zona No.3 IMSS Salamanca Gto. De enero a junio año 2010.

Tipo y tamaño de la muestra: muestra no probabilística, se tomaron al azar 47 pacientes usuarias del servicio de planificación familiar y consejería, que acudieron en forma espontánea al servicio y cumplieron con los criterios de inclusión, Alfa 0.10, con error estimado del 8% **n= 47.**

Criterios de selección

Criterios de inclusión: derechohabientes vigentes en el IMSS, registradas en la base de datos que cumplieran la observación de 12 periodos fértiles, independientemente de su estado civil, que aceptaron participar en el estudio y firmaron carta del consentimiento informado.

Criterios de exclusión: usuaria no derechohabiente.

Criterios de eliminación: usuaria que no acepto completar la encuesta.

Procedimiento de captura de la información: Para este trabajo de investigación se uso una base de datos elaborada a partir del número de usuarias del servicio de planificación familiar que acudieron en forma espontánea en un periodo de 6 meses a las cuales se les invito a participar, se les realizó entrevista con cuestionario estructurado, Test de servicios-entrevista de salida que consta de 24 ítems aplicado a las usuarias (Test utilizado por la estrategia de consejería balanceada en el MINSA, en Kingston Jamaica por Henry-Lee y Cols, y en Filipinas por RamaRao, W.et al, para calidad de la atención) y Cedula Básica de Información. **Anexo 1.**

Recolección de información: las encuestas se llevaron a cabo de enero a junio de 2010. A las participantes se cuestiono directamente y se contesto por el encuestador, cada participante recibió el informe de riesgo y acepto firmar su consentimiento informado.

Manejo de la información: una vez realizadas las encuestas se tabuló en el programa EXCEL construyendo una base de datos y posteriormente sometida a proceso del análisis SPSS versión 12. Se obtuvieron estadísticas descriptivas, frecuencias y porcentajes de la misma, representados en gráficas y tablas, a fin de mostrar resultados del método de planificación familiar más aceptado por este grupo de estudio posterior a consejería y percepción de la actitud del proveedor prestador del servicio de acuerdo a la interpretación de las encuestas realizadas a las usuarias.

Análisis Estadístico: estadísticas descriptivas, presentación en tablas y gráficas de sectores circulares.

Variables de estudio

Variable independiente: consejería en planificación familiar, proceso de análisis y comunicación entre proveedor y usuaria mediante el cual se brindan métodos anticonceptivos.

Variable dependiente: proveedor o consejero, persona que se encarga de impartir consejería y otorgar el método de planificación familiar.

Procedimiento: Para este trabajo de investigación se uso una base de datos elaborada a partir del número de usuarias del servicio de planificación familiar que acudieron en forma espontánea en un periodo de 6 meses a las cuales se les invito a participar, se les realizó entrevista con cuestionario estructurado con indicadores de la consejería que consta de un total de 24 ítems con respuesta dicotómica si o no, así como, cedula básica de identificación. **Anexo 1.**

Recolección de información: las encuestas se llevaron a cabo de enero a junio de 2010. A las participantes se cuestiono directamente y se contesto por el encuestador, cada participante recibió el informe de riesgo y acepto firmar su consentimiento informado.

Manejo de la información: una vez realizadas las encuestas se tabuló en el programa EXCEL construyendo una base de datos y posteriormente sometida a proceso del análisis SPSS versión 12. Se obtuvieron estadísticas descriptivas, frecuencias y porcentajes de la misma, representados en gráficas y tablas, a fin de mostrar resultados de método de planificación familiar más aceptado por este grupo de estudio posterior a consejería y percepción de la actitud del proveedor prestador del servicio de acuerdo a la interpretación de las encuestas realizadas a las usuarias.

Criterios Éticos: El carácter del estudio es descriptivo con aplicación de encuestas a las usuarias de consejería y planificación familiar autorizado por el comité de ética local de acuerdo a sus lineamientos, dado su carácter no contraviene los principios éticos en materia de investigación de la Declaración de Helsinki y de acuerdo a la Ley General de Salud actualizada al 18 de diciembre del 2007 las usuarias son participantes voluntarias e informadas, que firmaron consentimiento informado, de las cuales se resguarda la intimidad y confidencialidad de la información y por lo tanto este estudio no afecta la integridad física y mental y su personalidad de las usuarias.

VARIABLES DE ESTUDIO

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	ESCALA DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE	VALOR QUE ADQUIERE LA VARIABLE
Edad	Tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento hasta el momento de la encuesta	Númerica discreta	Cuantitativa	1. Años Cumplidos
Genero	Dimensión básica encontrado en la mayoría de las especies, determinado por la morfología de los genitales externos.	Dicotómica	Cualitativa	1. Femenino
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente	Ordinal	Cuantitativa	1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Profesional
Residencia	Domicilio habitual o de radicación permanente	Nominal Dicotómica	Cualitativa	1. Urbana 2. Rural
Tipología familiar	Determinadas composiciones que permiten identificar los miembros de una familia según sus lazos de filiación, parentesco, afinidad y afecto	Nominal Politómica	Cualitativa	1. Nuclear 2. Nuclear extensa 3. Nuclear extensa compuesta
Motivo de consulta de planificación familiar	Causa o razón que determina que exista o se haga algo	Nominal Politómica	Cualitativa	1. Viene por método de pf, 2. Viene por información, 3. Me enviaron de otro lugar, 4. Otro motivo.
Consejería	Proceso de comunicación interpersonal y directa mediante la cual un miembro del equipo de salud orienta, asesora a otra persona o pareja.	Dicotómica	Cualitativa	1. Encuesta indicador SI 2. Encuesta indicador NO
Proveedor.	Persona encargada de proveer las cosas necesarias para un fin.	Nominal	Cualitativa	1. Personal de enfermería 2. Personal de trabajo social
Método de planificación	Serie de procedimientos utilizando. Objetos, medicamentos, conocimientos o intervenciones quirúrgicas, con el fin de evitar, principalmente el embarazo no deseado	Nominal Politómica	Cualitativa	1. Hormonal oral 2. Hormonal parenteral. 3. Dispositivo intrauterino 4. Preservativo. 5. Permanente o no hormonales: salpigoclasia 6. Naturales o de abstinencia periódica

RESULTADOS

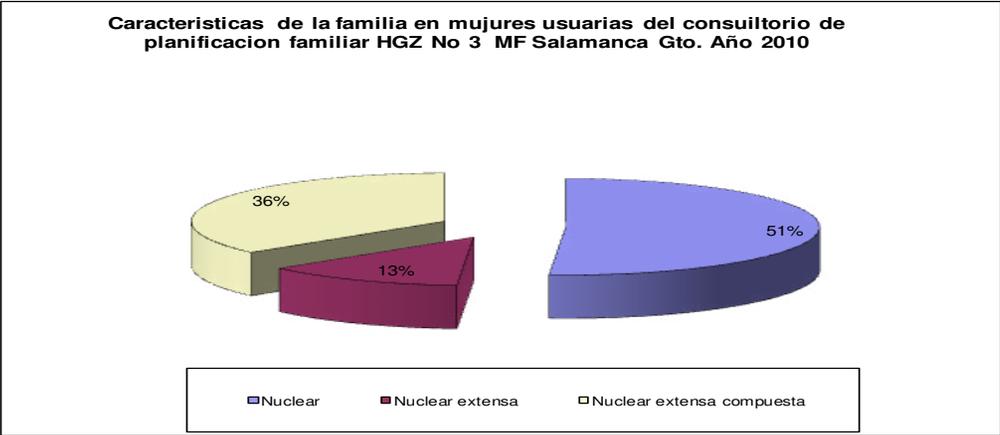
Se estudiaron 47 pacientes usuarias que acudieron al consultorio de planificación familiar con una edad media de 29.7 ± 6.7 años respectivamente, mayormente casadas, de predominio escolar media superior y de residencia urbana. Tabla 1.

Características generales de la población de mujeres usuarias del estudio en el consultorio de planificación familiar del Hospital General de Zona No. 3 Salamanca, Gto. Año 2010.

Edad	Frecuencia Media de 29.7±6.7 años Mínimo 17 , máximo 41 años	Porcentaje
17 años	1	2.12%
18 años	1	2.12%
19 años	1	2.12%
20 años	1	2.12%
22 años	3	6.38%
23 años	3	6.38%
24 años	2	4.25%
27 años	6	12.7%
28 años	1	2.12%
29 años	2	4.25%
30 años	3	6.38%
31 años	3	6.38%
32 años	4	8.5%
33 años	2	4.25%
34 años	6	12.7%
36 años	1	2.12%
39 años	4	8.5%
40 años	2	4.25%
41 años	1	2.12%
Estado Civil		
Casados	36	76.6%
Soltero	3	6.4%
Unión libre	7	14.9%
Divorciada	1	2.1%
Viudos		
Escolaridad		
Analfabeta	1	2.1%
Primaria	5	10.6%
Secundaria	10	21.3%
Preparatoria	25	53.2%
Profesional	6	12.8%
Residencia		
Urbana	39	83%
Rural	8	17%

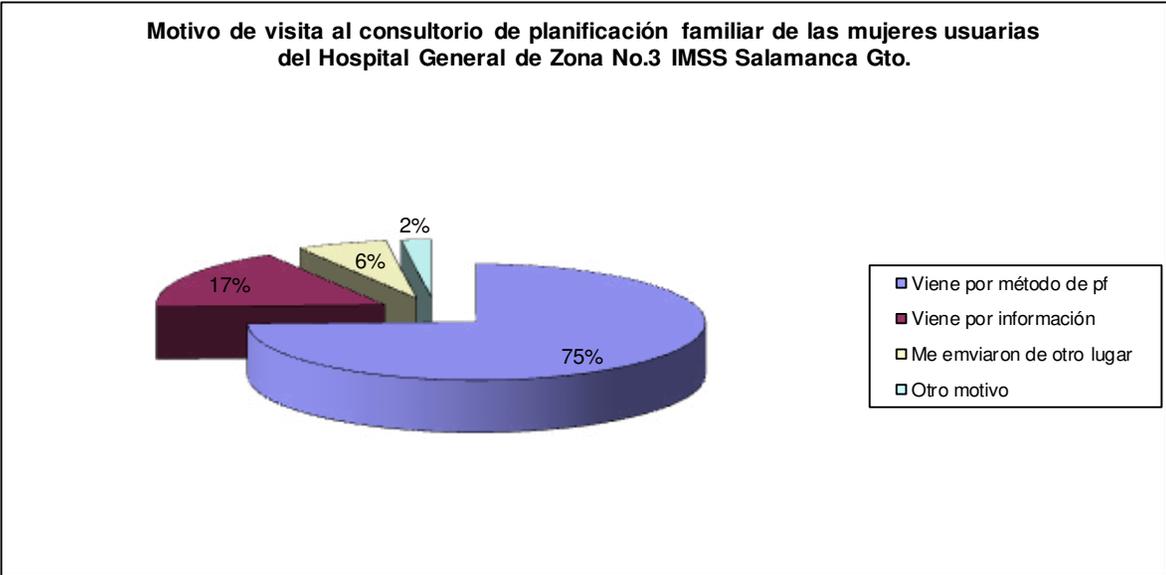
Tabla 1. Fuente Cuestionario

En cuanto al tipo de familia en base al parentesco fueron predominantes las familias nucleares y en menor porcentaje la nuclear extensa. Gráfica 1.



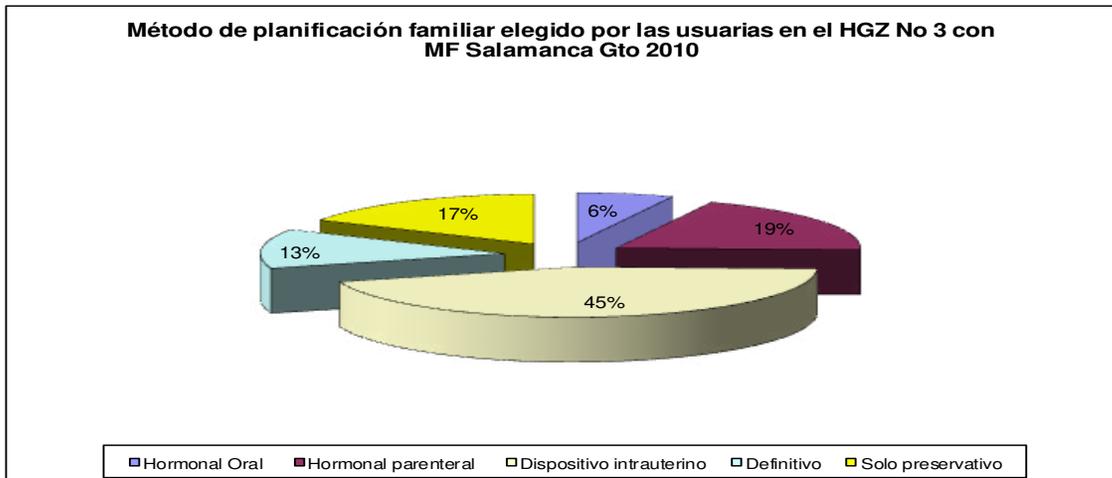
Gráfica 1. Fuente Cuestionario

Respecto al motivo de visita se observó que acudieron en su gran mayoría por un método de planificación familiar 35 usuarias, por información sin recibir ningún método 8 usuarias, solo consejería 3 usuarias, solo 3 usuarias fueron enviadas de otro lugar. Gráfica 2.



Gráfica 2. Fuente Cuestionario

El método más elegido por las mujeres usuarias de planificación familiar fue el DIU 21; el método menos elegido fue el hormonal oral 3. Gráfica 3.



Gráfica 3. Fuente Cuestionario

La media de años de unión conyugal fue de 7.7 ± 6.3 en 36 pacientes, con un mínimo de hijos por unión de 0 y un máximo de 6, el antecedente de lactancia materna sin mayor relevancia y solo un mínimo porcentaje de usuarias presento antecedente de Cáncer de mama. Tabla 2.

Antecedentes reproductivos en las pacientes usuarias del estudio de la consejería en el consultorio de planificación familiar del Hospital General de Zona No. 3 Salamanca, Gto. Año 2010

Años de unión conyugal	Media 7.7 ± 6.3	
Promedio de hijos	1.7 ± 1.2 (mínimo 0 Máximo 6)	
Hijos Planeados	2.4 ± 1	

Tabla 2. Fuente Cuestionario

El total de las usuarias percibió buena actitud por el proveedor al preocuparse por su salud y solo 4 percibieron que estaba apurada. Tabla 3.

Percepción de la relación interpersonal de las usuarias de planificación familiar del Hospital General de Zona No. 3 Salamanca, Gto. Año 2010.

Como siente que fue tratada	Frecuencia	porcentaje
1. ¿Sintió que se preocupaba por su salud? Sí	47	100%
2. ¿Le parecía que estaba apurada? Sí	4	8.5%
No	43	91.5%

Tabla 3. Fuente Cuestionario

39 de las usuarias manifestaron su deseo de tener hijos, además de compartir que la actitud de su pareja para la planificación familiar era positiva. A pesar de ello 19% de las usuarias de planificación familiar percibió que el proveedor no les presto atención a sus necesidades. Tabla 4.

Diagnóstico de necesidades de la población usuaria de planificación familiar.

¿prestó atención a:	frecuencia	porcentaje
Deseo de tener hijos		
Si	39	83%
No	8	17%
Su pareja esta de acuerdo en la planificación familiar?		
Si	38	80.9%
No	9	19.1%
Utiliza o ha utilizado algún método de planificación familiar?		
Si	39	83%
hormonal oral	7	17.9%
hormonal inyectable	18	46.1%
DIU	14	35.8%
No.	8	17%

Tabla 4. Fuente Cuestionario

En relación al método de selección por las mujeres usuarias, 47 pacientes refieren que ellas podían escoger entre varios métodos, a pesar de esto el 38.3% optaron por el método sugerido por el médico. Tabla 5.

Método elegido por la población de usuarias de planificación familiar.

El proveedor le preguntó si ya tenía en mente un método?	frecuencia	porcentaje
¿Sintió que podía elegir entre varios métodos?		
Sí , hormonal oral, hormonal inyectable, DIU, Salpingoclasia, preservativo.	42	89.45
No	5	10.6%
¿Siente que fue él quien eligió el método?		
Sí	18	38.3%
No	29	61.7%

Tabla 5. Fuente Cuestionario

Las usuarias de consejería y planificación familiar notificaron que el 40.5% recibieron información de 3 o mas contraindicaciones del método elegido a diferencia del 21.2 % que recibió notificación de solo 1 contraindicación del método elegido. Tabla 6.

Información de las contraindicaciones del método elegido por la usuaria de planificación familiar, por parte del proveedor.

El proveedor le dijo las contraindicaciones del método elegido?	frecuencia	porcentaje
Si	47	100,00%
Una	10	21.2%
Dos	18	38.3%
Tres	19	40.5%
NO	0	0

Tabla 6. Fuente Cuestionario

En cuanto a las instrucciones de uso del método elegido, las usuarias de consejería y planificación familiar recibieron explicación de como usarlo por el médico o proveedor en 95.7% y el 44.7 % refiere 2 contraindicaciones respecto al método elegido. Tabla 7.

Instrucciones de uso del método elegido por la usuaria de planificación familiar.

Respecto al método que Ud. recibió	frecuencia	porcentaje
¿Le explicó el proveedor como usarlo?		
SI	45	95.7%
NO	2	4.3%
¿Le dio contraindicaciones respecto al método elegido?		
Si	39	83%
Una	5	10.6%
Dos	21	44.7%
Tres	13	27.7%
No	8	17.0%

Tabla 7. Fuente Cuestionario

Las pacientes usuarias refirieron que el proveedor describió los posibles efectos secundarios del método elegido, a pesar de ello existe una variación en el número de efectos secundarios considerados por el proveedor, el mayor porcentaje mencionado fue de 3 efectos secundarios. Tabla 8.

Efectos secundarios descritos por el proveedor del método elegido por las pacientes de planificación familiar.

Efectos secundarios del método escogido	frecuencia	porcentaje
¿Le describió el proveedor los posibles efectos secundarios?		
SI	42	89.45%
NO	5	10.6%
¿Le dijo un número de efectos secundarios considerados por el proveedor?		
Cero	2	4.3%
Una	4	8.5%
Dos	11	23.4%
Tres	23	48.9%
No aplica	7	14.9%

Tabla 8. Fuente Cuestionario

En cuanto a signos de alarma considerados por el proveedor su mayor porcentaje se encuentra situado en 3 o más signos, no obstante tenemos registro del 23.4 % de las usuarias que desconocen los signos de alarma. Tabla 9.

Signos de alarma del método elegido por la usuaria de planificación familiar considerados por el proveedor.

Signos de alarma del método considerados por el proveedor	frecuencia	porcentaje
¿Le enumero el proveedor los signos de alarma?		
Si	36	76.6%
Uno	9	19.1%
Dos	11	23.4%
Tres o más	16	34.0%
No	11	23.4%

Tabla 9. Fuente Cuestionario

Las usuarias de consejería y planificación familiar en su mayoría coinciden que el proveedor les explico que hacer, si tenían algún problema en cuanto al método elegido; el 93.6% y solamente el 3% mencionó que el proveedor no le dijo que hacer; en el ítem de cambio de método de planificación familiar, si la usuaria estaba insatisfecha el 83% refiere que si le mencionó que podía cambiar de método, el 8% menciona que no le dijo, existe registro por encuesta aplicada que el 72.3% recibieron 3 o mas instrucciones de seguimiento consideradas por el proveedor pero un 27.7% no fue informada de alguna instrucción de seguimiento, ni de cita de seguimiento. Tabla 10.

Instrucciones de seguimiento sobre el método de planificación elegido por las usuarias de planificación familiar.

Referente al método escogido	frecuencia	porcentaje
¿Le dijo el proveedor que hacer si tenía un problema?		
Si	44	93.6%
No	3	6.4%
¿Que podía cambiar de método si estaba insatisfecha?		
Si	39	83%
No	8	17%
¿Le dijo tres o más instrucciones de seguimiento considerados por el proveedor?		
Si	34	72.3%
No	13	27.7%

Tabla 10. Fuente Cuestionario

DISCUSION

El objetivo fue estudiar a través de un cuestionario las actitudes de los proveedores de planificación familiar en la consejería. El principal hallazgo de este estudio es que la actitud y comportamiento del proveedor y pacientes son puestos en relación con la información y atención prestada y con los desenlaces de los encuentros clínicos, respaldando la necesidad de desarrollar la formación de destrezas en entrevista clínica.

Los resultados señalan que la aplicación de esta formación debe realizarse en un contexto que facilite el desarrollo de actitudes de tipo humanista en el proveedor. Se ha mencionado que la calidad de los servicios de salud reproductiva hace referencia a la idoneidad del servicio prestado, así como al grado de actitud que se brinda. Estos factores se interrelacionan, lo que hace que si alguno de ellos se modifique se producirán cambios positivos o negativos en los usuarios. ⁽¹⁰⁾

En general pudiéramos decir que nuestros datos confirman la existencia de variabilidad de la actitud de los proveedores ante los usuarios de consejería y planificación familiar. A pesar de ello consideramos que la variabilidad en la actitud del proveedor es fiel reflejo de las variaciones de tiempo, espacio, y actitud de las usuarias en planificación familiar.

El desempeño del proveedor prestador de los servicios de planificación familiar en el presente estudio en cuanto a su actitud en las relaciones interpersonales mostró que el 100% de las usuarias refiere que el proveedor se preocupó por su salud y solamente el 8.5% refiere que el proveedor se encontraba apurado. Por tal motivo podemos afirmar que a pesar de la percepción obtenida aún se continua con vacíos en cuanto a información se refiere de los métodos de planificación familiar y la orientación brindada a las usuarias por los proveedores de planificación familiar, además de que se debe prestar mayor interés en la entrevista clínica sin alargar los tiempos de espera y hacer sentir a la usuaria que nos interesa su satisfacción, estado de salud y diagnóstico integral.

En la literatura revisada encontramos investigaciones sobre la actitud del médico principalmente ante: los medicamentos genéricos, donación y el trasplante de órganos, la enfermedad terminal, la cefalea, la psiquiatría, el SIDA/VIH, la muerte infantil, el dolor ajeno, el maltrato contra las mujeres. Así como un trabajo de investigación del año 2005 de actitud de médicos de atención primaria hacia el equipo de salud (ISSSTE). Sin embargo, no encontramos trabajos con este tipo de abordaje, dirigidos a investigar la actitud del proveedor en la consejería y planificación familiar.^(33, 34, 35, 36)

La información que se tiene sobre la preferencia de uso de métodos anticonceptivos observadas en las ENADID 1997 y 2006 reflejan que los más utilizados son: la oclusión tubaria bilateral (62%) y el dispositivo intrauterino (20%), el presente estudio se refleja que aun la población usuaria tiene mayor predilección por el dispositivo intrauterino (45%), seguido de hormonal parenteral (19%) y la oclusión tubaria bilateral (13%), lo cual no comprueba la tendencia nacional de que la usuarias en la actualidad prefieren métodos más eficaces y de alta continuidad, se puede esperar que en los próximos años la aceptación de los métodos definitivos aumente entre la población de usuarias activas, para lo cual se tendrá que continuar con la difusión masiva de los métodos de planificación familiar, la capacitación continua de los prestadores del servicio de planificación familiar y asegurar los insumos anticonceptivos suficientes, oportunos y de calidad.

En **Filipinas RamaRao, W. et al.**, menciona que más de 1.700 nuevos usuarios de planificación familiar fueron entrevistados sobre la calidad de atención que recibían. Más de 16 meses después, una encuesta de seguimiento recopiló información sobre la continuación del uso de anticonceptivos por parte de 1,460 de las personas inicialmente entrevistadas. La calidad de atención fue calificada en 24 ítems relacionados con evaluación de necesidades, información recibida, elección del método, relaciones interpersonales y continuidad de la atención. Un análisis multifactorial reveló que las mujeres que recibieron una mejor atención al

momento de adoptar un método tenían una mayor probabilidad de estar usándolo al momento del seguimiento. La predicción de probabilidades de uso anticonceptivo se elevó de un 55 por ciento, que representaba una baja calidad de atención, a un 62 por ciento, que representaba a una calidad de atención de mediana calidad, y a un 67 por ciento, que representaba una alta calidad de atención. ⁽²⁴⁾

En nuestro estudio, posterior a la entrevista clínica de salida se pudo identificar que la calidad de atención es de mediana a alta, según la percepción de las usuarias encuestadas. Se propone pensar en una segunda parte del estudio, para evaluar la continuidad del método elegido a largo plazo y la satisfacción de la usuaria a la consejería otorgada.

El médico familiar debe formar parte del programa de planificación familiar para continuar con la difusión masiva de los métodos anticonceptivos y su aceptación por las pacientes, tiene que implementar estrategias para dar información oportuna y de calidad, desde el primer contacto con las pacientes que se encuentran en edad reproductiva dirigido a prevenir embarazo no deseado, embarazo de alto riesgo, mortalidad materna y control de la fecundidad, sin dejar de lado los derechos de las pacientes y su libre decisión, todo esto puede ser posible desde el consultorio de medicina familiar, desde antes del inicio del control prenatal con la consulta preconcepcional, durante el control prenatal con la consejería antes de un parto, cesárea y post-aborto, además de prestar mejor atención e interés a la población de adolescentes (en educación sexual y reproductiva) y a la población rural e indígena, el medico familiar debe tener el conocimiento y destreza técnica para mejorar los servicios de planificación familiar dirigidos al hombre y este a su vez pueda apoyar la decisión de la mujer, debe además de capacitar a los prestadores del servicio de planificación familiar en el aspecto técnico-administrativo y derechos reproductivos que laboran en su unidad de atención.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos se concluye que el servicio de consejería en planificación familiar otorga atención de calidad referida por la usuaria de acuerdo a la intención de la pregunta. (Nemotécnica ACCEDA).

Las relaciones interpersonales proveedor-usuarias determinaron que el total de las pacientes fueron tratadas adecuadamente y manifestaron su satisfacción por el servicio, por lo anterior podemos decir que el proveedor del servicio de consejería de planificación familiar en el Hospital General de Zona No. 3 Salamanca, Gto tiene buena actitud en la atención a las usuarias.

De las usuarias que acuden al servicio de planificación familiar la mayoría son casadas, pertenecientes a familias nucleares, de nivel escolar medio superior y de predominio urbano,

El DIU es el método de planificación familiar de preferencia por las usuarias del Hospital General de Zona No. 3 Salamanca, Gto.

Es relevante el porcentaje encontrado en que el proveedor sugiere el método de planificación, lo cual representa insatisfacción de la usuaria, a pesar de tener la posibilidad de elegir libre y voluntariamente el método deseado, lo que puede favorecer la desertación del método a corto plazo.

A pesar de tener bien claro las contraindicaciones de cada método de planificación familiar se continua omitiendo un gran numero de estas a la usuaria, las instrucciones del método elegido no son claras para las usuarias de planificación familiar a pesar de que el proveedor le explique como usarlo, al igual que las instrucciones de los efectos secundarios. También se percibió que es insuficiente la información por parte del proveedor en cuanto a signos de alarma. La mayoría de las usuarias de planificación familiar están de acuerdo que debe haber un

seguimiento del método elegido, y que pueden cambiar de método si están insatisfechas con el que tienen.

El objetivo de este estudio se cumplió, y deja abierta una línea de investigación en materia de consejería y planificación familiar para mejorar la actitud del personal y los proveedores prestadores del servicio, con los resultados obtenidos se puede considerar la posibilidad de continuar con la capacitación del personal para que técnica y metodológicamente, se encuentren en un nivel aceptado para impartir consejería en planificación familiar, y así poder continuar con la prevención de embarazos no deseados y embarazos de alto riesgo, disminuir la mortalidad materno fetal, todo ello precedido de la aceptación y elección de forma libre, informada, responsable y voluntaria de los métodos de planificación familiar.

Un reto importante es asegurar la información y en su caso la consejería así como acceso a todos los métodos anticonceptivos a fin de que estén al alcance de las usuarias potencialmente activas.

Considero al médico familiar, una parte importante dentro del programa de planificación familiar, la mortalidad materna y control de la fecundidad, motivarlo y hacerlo participe de talleres y/o cursos de capacitación en consejería como rutina en su accionar médico, sería positivo, para brindar atención de mayor calidad.

BIBLIOGRAFIA

1. Santacruz VJ. La familia como unidad de analisis. Rev Mèd IMSS, 1983;21:348-357.
2. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 19a. ed. España. 1970.
3. Bronfman M. La familia: dinàmica, estructura y riesgo diferenciado. En: Como s viva s muere la familia, redes sociales y muerte infantil. Universidad Nacional Autònoma de Mèxico. Mèxico, 2000;79-97.
4. Colectivo de autores. Sociologia para mèdicos. La Habana: Editorial Ciencias Sociales, 1990; 1-93.
5. Elementos Esenciales de la Medicina Familiar. Conceptos Bàsicos para el Estudio de las Familias y Còdigo de Bioètica en Medicina Familiar. Primera Reuniòn de Consenso Acadèmico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud. 1a. ed. Medicina Familiar Mexicana Mèxico, 2005.
6. Membrillo LA. FAMILIA. Introducciòn al estudio de sus elementos. 1a. ed. Editores de Textos Mexicanos, 2008. Pp 53-69.
7. Consejo Estatal de Poblaciòn Morelos. www.coespomor.gob.mx. Año.3 No 19 2009.
8. Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993.
9. Diccionario enciclopédico PLUS. Ed. Larousse. México. Año 2000.
10. Chelminsky, E. 1993. "The political debate about health care: Are we losing sight of quality?" Science 262: 525-528.
11. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA 1988; 260(12):1743-1748.
12. Méndez-Hernández P, Valdez-Santiago R, Viniegra-Velázquez L, Rivera-Rivera L, Salmerón-Castro J. Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México. Salud Publica Mex 2003;45(6):472-482.

13. Canetti Alicia, Da Luz Silvia. Enseñanza universitaria en el Ámbito Comunitario: Desafíos y propuestas para la Formación de Recursos en el Área de la Salud. Montevideo; 2003.
14. Zurro Martín y Cano Pérez J.F. Atención Primaria. Madrid: Harcourt Brace, 1988.
15. Lapham R, Mauldin P. Contraceptive prevalence: The influence of organized family planning programs. *Stud Fam Plann* 1985; 16(3):117-137.
16. Bertrand, J.T. et al. Handbook of Indicators for Family Planning Program Evaluation. Chapel Hill, North Carolina: EVALUATION Project (December 1994).
17. Galvez Roa, Moravia. Factores relacionados con el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes escolares. Tesis de Grado. Municipio plaza. Habana. Pag 4. 1996.
18. B,K. Con la edad cambian las necesidades. *Network. Family Health Internacional*, (22) (1) Pag. 20. 2002
19. Alphonse L. Mac Donal. Planificación Familiar: una estrategia para el desarrollo. Oficina Europea del Fondo de Naciones Unidas. 1996
20. Bongaarts J, Kiermeyer S. Estimating the impact of contraceptive prevalence on fertility: Aggregate and age-specific version of a model. En: Hermalin A, Entwistle B, ed. *The role of surveys in the analysis of family planning programs*. Liege: Ordina Editions, 1982.
21. Diario Oficial de la Federación. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1994, Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar.
22. Hanifi, S.M.A. and Bhuiya, A. Family-planning services in a low-performing rural area of Bangladesh: insights from field observations. *Journal of Health, Population, and Nutrition* 19(3):209-214 (2001).
23. Henry-Lee, A. Women's reasons for discontinuing contraceptive use with 12 months: Jamaica. *Reproductive Health Matters* 9(17):13-220 (2001)

24. RamaRao, W. et al. The link between quality of care and contraceptive use. *International Family Planning Perspectives* 29(2):76–83 (2003). Disponible en línea en: www.agi-usa.org/pubs/journals/2907603.html.
25. Duro-Martínez JC. Actitudes de los profesionales de atención primaria de Madrid sobre grupos. *Atención Primaria*. 2005; 36 (2): 71-74.
26. Castell E, García L. Las dimensiones básicas de la práctica profesional del médico de atención primaria. *Atención Primaria*. 1988; 5: 12-16.
27. Neamatalla G, Harper P. *Consejería en Planificación Familiar y Esterilización Voluntaria*. Asociación para la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria. New York, 1991.
28. Rinehart, W. et al. Guía de orientación ACCEDA Population Reports, Series J, Number48. Baltimore, Maryland: Johns Hopkins University, Population Information Program (December 1998). Disponible en inglés, francés, portugués y español. (Disponible en línea en www.infoforhealth.com/pr/online.shtml#j).
29. Murphy, E. and Steele, C. Client-provider interactions in family planning services: guidance from research and program experience. *MAQ Paper* 1(2) (2000). (Disponible en línea en www.maqweb.org/maqdoc/vol2.pdf.)
30. Bruce, J. Fundamental elements of quality of care: a simple framework. *Studies in Family Planning* 21(2) (March/April 1990). (Disponible en línea).
31. Organización de las Naciones Unidas. Proclamación de Teherán, Proclamada por la Conferencia Internacional de Derechos Humanos en Teherán, el 13 de mayo de 1968.
32. López-de la Peña Xavier. El consentimiento informado en la legislación en Salud de México. *Gac. Med. Mex.* 1996; 132(5): 551-557.
33. García AJ, Martos F, Laiva F, Sánchez F. Genéricos: ¿buenos o malos? conocimientos y actitudes ante los medicamentos genéricos. *Gac Sanit.* 2000; 17 (2): 144-49.

34. Tuesta R, Navarro E, Elías R, Espinosa D, Herrera JM, Macías JC. Conocimiento y actitudes de los médicos de instituciones hospitalarias en Barranquilla sobre donación y trasplantes de órganos. Salud Uninorte. 2003; 1 (17): 9-18.
35. Tsuchida M, Bandrés M. Actitudes de los médicos residentes sobre la enfermedad terminal, los cuidados al final de la vida. Rev Soc Per Med Interna. 2002; 15 (4): 5(num.electrn.).
36. García-Fernández ML, Tranche-Iparraguirre S, Castillo- Obeso J. Actitud de los médicos de atención primaria españoles ante la cefalea. Atención primaria. 2006; 38 (1): 6-15.

ANEXO 1. Ficha de identificación.

FOLIO _____

El presente cuestionario forma parte de un estudio sobre consejería familiar, es de carácter personal, voluntario, confidencial de cada paciente encuestada y los resultados que deriven de el son exclusivamente del conocimiento en el entendido de que aún no participando no se afectara en nada la prestación de servicios y ningún derecho en el IMSS

Entrevista de Salida: A continuación se realiza una serie de preguntas referente a comportamientos del personal que atiende el servicio de planificación familiar, se le agradece su participación y se le pide, de su respuesta con **Si** ó **No** en caso haber sucedido o no el comportamiento que se especifica en cada pregunta de la siguiente lista.

Ficha de identificación:

Edad en años cumplidos _____

Estado civil: Soltera (1), unión libre (2), Casada (3), divorciada (4), viuda (5) _____

Tiempo en años de unión con su actual pareja _____

Escolaridad: (1) nula, (2) primaria, (3) secundaria, (4) preparatoria, (5) profesional o mas _____

Lugar de residencia: (1) urbana, (2) Rural _____

Familia: Nuclear (1) Nuclear extensa (2), Nuclear compuesta (3) _____

Numero de Hijos vivos _____ Numero de hijos planeados _____

Gestaciones _____ Partos _____ Abortos _____ Cesáreas _____

En las siguientes preguntas conteste en caso de estar presente si (1) o no (2)

Cuantos cigarrillos fuma al día _____

Es diabética _____ Sufre Obesidad _____ Tiene familiares con problemas del seno como: cáncer, tumor, etc. _____ Ofreció lactancia después de los 35 años o nunca dio seno _____

Quien la motiva asistir al servicio de planificación familiar :

(1) Médico _____ (6) La iglesia o templo _____

(2) Enfermera _____

(3) Pareja _____

(4) Familiar _____

(5) Por folletos _____

Motivo de su visita SEÑALE (1) si, (2) no:

- (1) Por un método de planificación familiar_____
- (2) Por información sobre planificación _____
- (3) Me enviaron de otro lugar para informarme de planificación familiar_____
- (4) Otro motivo_____

En su caso señale el método:

- (1) Hormonal oral____
- (2) Hormonal parenteral____
- (3) Dispositivo intrauterino_____
- (4) Método definitivo____
- (5) Natural____
- (6) Solo preservativo_____

Vigilancia de sus últimos 12 periodos fértiles (1) si, (2) No _____

Anexo 2. Cuestionario. Actitudes del personal

Relaciones interpersonales: Cómo siente que fue tratada por el proveedor.

- | | | |
|---|----|----|
| 1. Sintió que se preocupaba por su salud? | SI | NO |
| 2. Le parecía que estaba apurado? | SI | NO |

Diagnóstico de necesidades si se prestó atención a lo siguiente:

- | | | |
|---|----|----|
| 3. Deseo de tener hijos. | SI | NO |
| 4. Su pareja está de acuerdo en planificar la familia? | SI | NO |
| 5. Utiliza ó ha utilizado algún método de planificación familiar? | SI | NO |

Opciones de método: Si el proveedor le preguntó si ya tenía en mente un método de planificación familiar.

- | | | |
|---|----|----|
| 6. Escogió usted alguno entre varios métodos? | SI | NO |
| 7. El proveedor escogió el método? | SI | NO |

En caso de haber elegido por usted el método el proveedor le dijo las contraindicaciones del método elegido:

- | | | |
|-------------------------------------|----|----|
| 8. Una (1) , Dos (2) Tres o más (3) | SI | NO |
|-------------------------------------|----|----|

Instrucciones de uso del método escogido por la usuaria: Respecto al método que Ud. recibió:

- | | | |
|--|----|----|
| 9. ¿Le explicó el proveedor cómo usarlo? | SI | NO |
| 10. le dijo un numero de instrucciones del uso el proveedor respecto al método escogido: | | |

Dos (2), tres o mas (3)

Efectos secundarios del método elegido o que usa: Respecto al método escogido

- | | | |
|--|----|----|
| 11. ¿Le describió el proveedor los posibles efectos secundarios? | SI | NO |
| 12. Numero de efectos secundarios considerados por el proveedor: | | |

Dos (2) tres o más (3)

Signos de alarma del método elegido o que usa, considerados por el proveedor:

- | | | |
|----------------------------------|--|--|
| 13. Uno (1) Dos(2) Tres o más(3) | | |
|----------------------------------|--|--|

Instrucciones de seguimiento sobre su método de planificación: Referente al método escogido:

- | | | |
|--|----|----|
| 14. ¿Le dijo el proveedor qué hacer si tenía un problema? | SI | NO |
| 15. ¿Que podía cambiar de método si estaba insatisfecha? | SI | NO |
| 16. Le dijo tres o más instrucciones de seguimiento consideradas por el proveedor. | SI | NO |

Anexo 3. Carta de consentimiento.

Salamanca Gto a _____

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: **Características de la Consejería por el personal de Trabajo Social y Enfermería a las usuarias de Planificación Familiar del Hospital General de Zona No. 3 IMSS Salamanca, Gto.**

Registrado ante el Comité Local de Investigación: **R 2009 – 1004-9**

El objetivo del estudio es: Describir las características principales de la consejería otorgada por el proveedor del servicio en el consultorio de planificación familiar.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: una entrevista y llenado de un cuestionario sobre actitudes del personal.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que en este caso no hay riesgo por tratarse de contestar una encuesta.

El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Nombre, firma y matrícula del investigador responsable.

Testigos

Anexo 4. Registro del sirelcis.

Carta Dictamen

Página 1 de 1



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 1004

FECHA **18/12/2009**

Estimado Miguel Angel Ramírez López

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle que, el protocolo de investigación en salud presentado por usted, cuyo título es:

Efecto de la consejería por trabajo social y enfermería en el consultorio de planificación del Hospital General de zona NO 3 IMSS Salamanca Gto un seguimiento en usuarias a 12 periodos fértiles.

fue sometido a consideración del Comité Local de Investigación en Salud, quien de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores consideraron que cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética médica y de investigación vigentes, por lo que el dictamen emitido fue de: **A U T O R I Z A D O**.

Habiéndose asignado el siguiente número de registro institucional

No. de Registro
R-2009-1004-9

Atentamente

Dr(a). Gustavo Lacarriere Martínez

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud Núm 1004

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL