



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No 1
PACHUCA, HIDALGO**

**CAUSAS DE NO ACEPTACIÓN DE MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN
PUÉRPERAS DEL HGZ MF No1 DE PACHUCA HIDALGO**

Número de registro SIRELCIS: R-2018-1201-011

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

AZUCENA REYES AGUILAR

ASESOR CLINICO:
DRA. ALICIA CEJA ALADRO

ASESOR METODOLOGICO:
DRA. ALICIA CEJA ALADRO

PACHUCA HIDALGO.

2019



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.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN PUÉRPERAS DEL HGZ MF No1 DE PACHUCA HIDALGO”

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

AZUCENA REYES AGUILAR
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZ Y MF No. 1

A U T O R I Z A C I O N E S :

DRA. GRESS MARISELL GÓMEZ ARTEAGA.
COORD. DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL

DRA. MARÍA GEORGINA ARTEAGA ALCARAZ.
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

DRA. ELBA TORRES FLORES.
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD.

DRA. ESTRELLA ELIZABETH PASTÉN LÓPEZ
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

DRA. ROSA ELVIA GUERRERO HERNÁNDEZ.
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

ASESOR DE TESIS

DRA. ALICIA CEJA ALADRO
MEDICO FAMILIAR ADSCRITO AL HGZ & MF No. 1 PACHUCA HIDALGO

PACHUCA HIDALGO, FEBRERO 2019

**“CAUSAS DE NO ACEPTACIÓN DE MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN
PUÉRPERAS DEL HGZ MF No1 DE PACHUCA HIDALGO”**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

AZUCENA REYES AGUILAR

A U T O R I Z A C I O N E S

DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÒN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. GEOVANI LOPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACION
SUBDIVISIÒN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÒN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
SUBDIVISIÒN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÒN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

**“CAUSAS DE NO ACEPTACIÓN DE MÉTODO DE
PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN PUÉRPERAS DEL HGZ MF No1 DE PACHUCA
HIDALGO**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

**AZUCENA REYES AGUILAR
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR**

PRESIDENTE DEL JURADO
DRA. ROSA ELVIA GUERRERO HERNANDEZ
PROFESOR TITULAR CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

SECRETARIO DEL JURADO
DR. NESTOR MEJIA MIRANDA
MEDICO FAMILIAR HGZ & MF NO 1 PACHUCA HIDALGO

VOCAL DEL JURADO
DR. FRANCISCO CESAR NAVA MARTINEZ
MEDICO FAMILIAR UMF NO 32 PACHUCA HIDALGO

DICTAMEN



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación en Salud 1201 con número de registro **17 CI 13 048 032** ante COFEPRIS y número de registro ante CONBIOÉTICA .
H GRAL ZONA -MF- NUM 1

FECHA **Martes, 24 de abril de 2018.**

**M.E. ALICIA CEJA ALADRO
PRESENTE**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

CAUSAS DE NO ACEPTACIÓN DE MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN PUÉRPERAS DEL HGZMF NO 1 DE PACHUCA, HIDALGO.

que sometió a consideración para evaluación de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

No. de Registro
R-2018-1201-011

ATENTAMENTE

CAMARGO CERVANTES LUIS ALBERTO

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1201

IMSS

SECRETARÍA DE SALUD

AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitirme la vida y desempeñarme en lo que amo.

A mi esposo e hijo por su amor incondicional, paciencia y apoyo incondicional, por no dejarme caer en los días difíciles e impulsarme a continuar este camino que recorreremos juntos día a día, por soportar las ausencias, las distancias y porque siempre tenían un abrazo y un beso a mi llegada, saben que este logro también es de ustedes.

A mi madre por su ejemplo y dedicación, de ella aprendí a nunca rendirse pese a las adversidades, y por todas sus enseñanzas, su apoyo y por venir a apoyarme en los momentos que la necesité.

A mis hermanos, porque sé que no es fácil entender este largo recorrido con todo lo que ello implica y sin embargo cada uno de ellos han sido pieza fundamental en mi crecimiento personal y profesional.

A mis maestros y adscritos de rotación que se interesaron en compartir un poco de sus enseñanzas para contribuir en mi formación.

A mi asesora por ayudarme y brindarme su tiempo, conocimientos y dedicación para lograrlo.

A mis amigas que se convirtieron en mi otra familia y que de una y otra manera contribuyeron para que esto fuera posible.

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

ASESOR CLINICO Y METODOLÓGICO:

Dra. Alicia Ceja Aladro

Tel. 771-220-7844

Correo. alceal22@gmail.com

Dirección.

Av. Madero 405, Col. Nva. Fco. I. Madero, Pachuca, Hidalgo.

QUE PRESENTA LA C.

RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR. Azucena Reyes Aguilar

Tel. 771-700-36-30

Correo. azuena_r85@hotmail.com

Dirección. Puerto Campeche, Edificio 20, Departamento 3, El Palmar, Pachuca Hidalgo

INDICE GENERAL:

1. RESUMEN.....	10
2. MARCO TEORICO.....	11
3. JUSTIFICACION	17
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	18
5. OBJETIVOS.....	19
6. HIPOTESIS	19
7. MATERIAL Y METODOS	20
8. ASPECTOS ETICOS.....	25
9. RESULTADOS.....	27
10.DISCUSION.....	31
11.CONCLUSIONES.....	32
12.BIBLIOGRAFIA.....	33
13.ANEXOS	36

I. RESUMEN

TÍTULO: CAUSAS DE NO ACEPTACIÓN DE MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN PUÉRPERAS DEL HGZMF NO 1 DE PACHUCA, HIDALGO.

ANTECEDENTES: La atención prenatal constituye un momento oportuno para brindar orientación a las mujeres sobre la planificación familiar, idealmente al llegar al puerperio las pacientes deberían tener definido un método de anticoncepción.

El presentar un periodo intergenésico corto es uno de los factores de riesgo más importantes en el momento de complicaciones, teniendo incluso como desenlace muerte materna. El que las pacientes rechacen algún método, está influenciado por muchos factores, entre ellos: los institucionales, socioculturales, personales, y por sus conductas y comportamientos en la esfera sexual y reproductiva. La salud de la mujer es un derecho humano fundamental y como tal debe promoverse, constituye un determinante importante del desarrollo social y económico. La articulación de los derechos sexuales y reproductivos y la mortalidad materna permiten reconocer que la falla en la reducción efectiva de la muerte materna representa una de las grandes injusticias sociales de nuestros tiempos.

OBJETIVO: Determinar las principales causas de no aceptación de métodos de planificación familiar en puérperas que acudan a consulta de medicina familiar, consulta de ginecología y obstetricia, consultorio de planificación familiar, piso de ginecología - obstetricia y en el área de puerperio en el periodo determinado para el estudio por encuesta directa en el HGZMF No 1 de Pachuca, Hidalgo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional-descriptivo, retrospectivo, transversal en el HGZMF No. 1 de Pachuca, Hidalgo, incluyendo a las mujeres puérperas que no aceptaron método de planificación familiar, aplicándose una encuesta que incluyo causas de no aceptación de métodos anticonceptivos: aspectos sociodemográficos, Socioculturales y personales; las causas se plasman en el instrumento para la recopilación de los datos. Con una muestra de 100 pacientes.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO: Se calcularon medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas, y para las cualitativas se utilizaron porcentajes y cifras absolutas comparando y jerarquizando los resultados.

II. MARCO TEÓRICO

Planificación familiar

Desde la época antigua se ha buscado lograr el control de la natalidad; en las sociedades primitivas de Egipto se consideraba a los hijos una desventaja para una población nómada. Durante la historia se ha buscado un control de natalidad a nivel mundial, sin embargo, también ha tenido muchas campañas en su contra, siendo el método del ritmo el único admitido por la iglesia católica⁽¹⁾.

El mayor auge de la planificación familiar fue en la Guerra fría en la que fue impulsada con el objetivo de detener la propagación de población pobre, se promovió el concepto de la “Family plannig” en la que se estimulaba como modelo de familia aquella que fuese pequeña y exitosa, así como mujeres felices y satisfechas en su rol social, usado además como un estandarte del feminismo como su independencia reproductiva ⁽²⁾.

Se entiende como planificación familiar al uso voluntario de métodos anticonceptivos con la finalidad de realizar una paternidad y maternidad responsables aunado a un desarrollo pleno de su sexualidad ⁽³⁾.

La planificación familiar ha sido reconocida como esencial en la atención primaria de la salud para mejorar las condiciones de mujeres y niños considerarlo un derecho humano para los individuos y la familia, pero a pesar del avance tecnológico aun no contamos con un método anticonceptivo perfecto lo que ha condicionado continuar con la búsqueda de mejores métodos. Es recomendable que se brinde orientación sobre métodos anticonceptivos desde la etapa prenatal y que esta sea individualizada, a fin de evitar complicaciones como la muerte materna ⁽⁴⁾.

Muerte materna y factores asociados a complicaciones:

Las muertes maternas en México representan un problema de salud pública, ya que se concentra en los grupos vulnerables de la sociedad, tiene una repercusión importante en la dinámica familiar, debido a que se deben hacer ajustes tanto para el cuidado de los hijos, como apoyo tanto físico y emocional para toda la familia ⁽⁵⁾.

Durante 2009 en México se presentaron 1,281 muertes maternas de entre 15 y 34 años, las principales causas fueron enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, seguidas por hemorragia obstétrica y sepsis. En el año 2012 se estudió Poza Rica Veracruz la morbi mortalidad materna, en 364 pacientes embarazadas en quienes las principales causas de morbilidad y mortalidad fueron: la hemorragia del primer trimestre (45%, n=164), trastornos hipertensivos, donde la preeclampsia severa-eclampsia fue responsable de 40% de los casos (n =146), cabe señalar que todas tenían aborto previo; el 75% (n=15) multíparidad, el 85% (n=17), dentro de los factores de riesgo se encontraba el periodo intergenésico corto.⁽⁶⁾ La prevalencia de preeclampsia en pacientes expuestas a un periodo intergenésico menor de 2 o mayor de 10 años fue de 33.7%. En el estado de Jalisco se analizó durante 5 años las muertes maternas periodo en el cual se presentaron 22 muertes maternas en rango de edad de 27 y 28 años, económicamente activas y jóvenes, y solo el 26% de ellas contaba con método de planificación familiar registrado por lo que nos hace pensar en que muchos de estos embarazos fueron no planeados.⁽⁷⁻⁸⁾

En Medellín Colombia durante 2015 se realizó un estudio en adolescentes de 14 a 19 años que acudieron a realizarse una prueba de embarazo en una institución de salud del sector público a fin de identificar la prevalencia de embarazos no planeados, así como su asociación con el conocimiento de métodos de planificación familiar concluyendo que el 75.3% de ellas no planearon embarazarse lo cual nos comprueba que la mayoría de los embarazos no son planificados ⁽⁹⁾. De entre las determinantes que intervienen en el embarazo no deseado incluyen: la educación del paciente, uso de métodos anticonceptivos ineficaces, uso inadecuado de anticonceptivos, o bien falta de método de planificación familiar, por lo que el posparto constituye una oportunidad de inicio de planificación familiar⁽¹⁰⁾. El rechazo a un método de planificación familiar constituye también una alta probabilidad de presentar un periodo intergenésico corto.

Se define periodo intergenésico corto como el tiempo que existe entre la culminación de un embarazo y la concepción del siguiente⁽¹¹⁾. El intervalo intergenésico sugerido se estima de 18 a 23 meses como el de menor riesgo para un nuevo embarazo, es muy frecuente que posterior al parto la mujer egrese del hospital sin método de

anticoncepción lo que incrementa la posibilidad de un nuevo embarazo ⁽¹²⁾.

En Yucatán se realizó un estudio de casos y controles a embarazadas multigestas teniendo como casos aquellas con periodo intergenésico corto y controles a las que tenían > de 24 meses, observando que el no usar método anticonceptivo se asoció cuatro veces más con un PIG corto ($P=0.018$)⁽¹³⁾. Un periodo intergenésico corto además representa un factor de riesgo importante para presentar embarazo ectópico⁽¹⁴⁾

En Colombia durante el año 2010 se realizó un estudio en mujeres de 18 a 45 años sobre la percepción del uso de anticonceptivos se comenta que el uso de anticonceptivos está determinado con la accesibilidad, los efectos adversos que puede provocar, y la condición reproductiva de la paciente ya que mujeres encuestadas consideran que en las nulíparas se debe utilizar un método flexible ya sean anticonceptivos orales o inyectables, mientras que en aquellas que ya tuvieron un hijo se pronuncien por un método de mayor duración como el DIU, o bien un método permanente⁽¹⁵⁾.

En León Guanajuato durante el año 2008 se entrevistó a mujeres de puerperio inmediato sobre si su embarazo fue planeado o no; si aceptó algún anticonceptivo. Se registraron 1,024 mujeres; 566 (55.3%) tuvieron embarazo planeado, de las cuales 457 (80.7%) aceptaron anticonceptivos. Las 458 (44.7%) restantes tuvieron un embarazo no planeado. El factor con mayor significado para la aceptación de anticonceptivos fue la multíparidad⁽¹⁶⁾. Las gestantes multíparas tienen 3 veces más posibilidad de presentar Diabetes Gestacional ⁽¹⁷⁾.

En el hospital de Gineco-Pediatría de León Guanajuato se estudiaron 1,010 pacientes de puerperio inmediato, el 49.8% rechazaron métodos de planificación familiar. El número de partos en las mujeres que usaron anticonceptivos fue de 1.8, mientras que las que no aceptaron fue de 3.2, con una P de <0.01 ⁽¹⁸⁾.

Puerperio:

Periodo en el que se producen transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional, que regresan paulatinamente, todas las modificaciones gravídicas, esto se logra mediante un proceso involutivo que tiene como fin restituir estas modificaciones a su estado pre grávido. Este periodo se extiende convencionalmente desde la finalización del periodo post alumbramiento, hasta 45 a 60 días posterior a la culminación del embarazo. El puerperio inmediato comprende las primeras 24 horas, y se ponen en juego los mecanismos hemostáticos uterinos, el puerperio mediato abarca del 2do al 10mo día actuando los mecanismos involutivos y comienza la lactancia, puerperio alejado se extiende aproximadamente hasta los 45 días posterior al parto⁽¹⁹⁾

Lactancia materna como método anticonceptivo:

En cuanto a la elección de métodos se debe considerar la intención de la planificación ya sea para postergar un embarazo o bien para culminar con la etapa de reproducción. Se ha dejado de considerar la lactancia como estrategia de anticoncepción debido a que cada vez hay mayor abandono a esta, o en su caso no es exclusiva lo que limita su efectividad⁽²⁰⁾.

La lactancia materna como método de planificación familiar se explica debido a la supresión de ovulación por cambios hormonales provocados por la succión del pezón que estimula a producción de prolactina y oxitócica que cumplen 2 funciones principales, la producción y salida de la leche materna e inhibición de ovulación al bajar los niveles de Hormona Reguladora de Gonadotrofina (GnRH) por ello a mayor succión mayor efecto anticonceptivo. Una mujer con lactancia exclusiva materna tiene un 98% de efectividad como método anticonceptivo⁽²¹⁾. El uso de progestágenos en el puerperio inmediato ha demostrado que no modifica el periodo de lactancia, la constitución de la leche o efectos secundario en el recién nacido, su objetivo es disminuir los embarazos que se producen en el periodo de amenorrea que va del 1-11%⁽¹²⁾.

En Finlandia se realizó una encuesta a personal médico sobre los métodos anticonceptivos más comunes utilizados en el puerperio siendo en primer lugar el preservativo, seguido por hormonales orales y en tercer lugar el DIU, sin embargo, la mayor cantidad de pacientes optan por iniciar los anticonceptivos posterior a la lactancia⁽²²⁾.

Conocimiento sobre métodos anticonceptivos:

En 2014 se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal en la Ciudad de México en el cual se incluyeron adolescentes de 15 a 19 años con vida sexual activa en relación al conocimiento de métodos anticonceptivos los adolescentes tuvieron un nivel de conocimiento de 60% así como el más conocido fue el preservativo y el de menor conocimiento sobre el uso adecuado fue el hormonal inyectable 15%⁽²³⁾.

Otro estudio en una unidad médica de Cd Obregón Sonora, México, en un total de 48 pacientes (78.7%) dijeron estar satisfechas con el número de hijos que tenía; 29 (47.5%) deseaban tener más hijos. Los antecedentes gineco obstétricos en promedio reportaron: inicio de la vida sexual activa a los 20.5 años; edad de la primera gestación 23.6 años; y gestaciones en promedio 2.3 de 1.2 con mínimo de una gestación y máximo de siete. Los métodos que identificaron con mayor frecuencia fueron el dispositivo intrauterino y los hormonales (tabletas e inyecciones). Refirieron haberlo usado 36 pacientes (59%); así mismo 26 pacientes (42.6%) habían presentado reacciones secundarias como: hipermenorrea nueve pacientes (14.8%), nueve con cefalea (14.8%), seis entrevistadas padecieron náuseas (9.8%), sobrepeso un caso (1.6%) y cólicos un caso (1.6%)- nueve pacientes (14.8%) refirieron haberse embarazado aun cuando tenían el dispositivo, 24 pacientes (39.3%) habían solicitado información sobre métodos anticonceptivos en una ocasión, 15 pacientes (24.6 %) en dos ocasiones y seis (9.8%) en tres ocasiones o más oportunidades. Las personas que otorgaron con más frecuencia la consejería fueron en orden de frecuencia: la enfermera (32 %); la trabajadora social (15%) y el médico (11%)⁽²⁴⁻²⁵⁾.

De 1997 a 2009, hubo cambios importantes en el Estado de Hidalgo, en el uso de métodos de planificación familiar en puérperas; en 1997 51.4% y en 2009 61.9 %. Ésta última cifra se encontró por arriba de la media Nacional que fue de 58.7 %. La distribución de ese 61.9 % por uso de métodos anticonceptivos fue como sigue: 84.4 % oclusión tubaria bilateral; 59.3 % dispositivo intrauterino y 7.0 % otros métodos. De 2012 a 2013 en Hidalgo se estudiaron 135 códigos rojos que se presentaron en el Hospital General de Zona No. 1 del IMSS Hidalgo encontrando que el 54.8% correspondió a multigestas, con promedio de edad de 26 años, no se documentó el periodo intergenésico o el uso de algún método de planificación familiar ⁽²⁶⁾.

En el año 2002 en el Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Colima se investigó el rechazo de método anticonceptivo en puérperas adolescentes, encontrándolo como primera instancia motivos personales en un 75%, en los cuales se engloban: aspectos religiosos, morales, familiares, culturales, sociales. Otras causas se relacionaron a la institución de salud en un 21% y en un 4% refirieron que lo rechazaron por indicación médica ⁽²⁷⁾.

En los últimos 3 años se ha logrado una reducción del 8% de muertes maternas, en la búsqueda de estrategias para disminuir la mortalidad, pese a que se han buscado estrategias internacionales hay pocos resultados en relación a los países en vías de desarrollo⁽²⁸⁾. El grupo etario con mayor tendencia a rechazo de métodos de planificación familiar se encuentra en las adolescentes, lo que hace sospechar que se debe a desconocimiento sobre los métodos de planificación familiar ⁽²⁹⁾.

Algunos factores que han limitado el avance es el sistema de salud debido a que no todos tienen acceso a un sistema de seguridad social, constituyendo esto un déficit en la atención obstétrica de primer nivel, aunado a la sobresaturación de pacientes en el segundo nivel. Dentro de las metas se pretende disminuir un 20% embarazos no deseados y la insatisfacción de los métodos anticonceptivos⁽³⁰⁾.

III. JUSTIFICACIÓN

El uso de anticoncepción durante el puerperio desde el punto de vista médico es importante buscando mantener un intervalo mínimo de tiempo entre un embarazo y otro: cuando es inferior a dos años, se ha asociado a un incremento en la incidencia de bajo peso al nacer, parto pre término, muerte neonatal, malnutrición o infección e incluso es una condicionante para muerte materna.

No se tiene documentado la incidencia de las puérperas que egresan sin método de planificación familiar en el puerperio ni si hay relación con las complicaciones en obstetricia, lo que despierta el interés y además se considera justificante realizar una investigación para identificar y/o determinar esas causas a nivel del HGZMF No 1 de Pachuca, Hidalgo.

Los resultados, conocer las causas, que influyen en la no aceptación de métodos de planificación familiar, servirán para mejorar la atención en salud reproductiva en nuestro hospital.

MAGNITUD: Según la encuesta realizada por el consejo nacional de población en el Estado de Hidalgo, hay una cobertura del 61.9 % en el uso de métodos anticonceptivos por la población de puérperas, y de este porcentaje, el 84.4 % ya tiene oclusión tubaria bilateral, el 59.3 % utiliza dispositivo intrauterino y el 7.0 % otros métodos de planificación familiar, sin que se mencionen cuáles son las causas de no aceptación.

TRASCENDENCIA: El no utilizar algún método de planificación familiar por parte de las puérperas las expone a una serie de riesgos, mismos que han sido descritos dentro del marco teórico en su salud y en el deterioro del bienestar familiar; y en lo positivo los métodos anticonceptivos limitan la presencia de riesgos y evitan el impacto en los indicadores de morbilidad materna. A partir de los resultados obtenidos se plantearon posibles estrategias que permitan elevar la cobertura en el uso de los métodos referidos.

FACTIBILIDAD: Se contó con el respaldo por las autoridades y comité de investigación del hospital, así como con la infraestructura de consultorios y médicos familiares de los turnos matutino y vespertino con buena disposición para colaborar durante el proceso y tiempo que dure la investigación.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A pesar que actualmente se estima que se tiene una cobertura cada vez mayor en el uso de métodos de anticoncepción por la población de puérperas en el estado de Hidalgo, en el HGZMF No 1 de Pachuca Hidalgo se desconocen las causas de no aceptación de métodos anticonceptivos en el periodo puerperal, lo que se considera una alternativa importante para investigar, ya que el no uso constituye un factor de riesgo para complicaciones en la gestación que puede desencadenar incluso en muerte materna.

Actualmente en el hospital citado, no se cuenta con una base de información acerca de las causas de no aceptación por parte de las puérperas; por ello es necesario identificar esas causas, lo que permitirá la búsqueda de alternativas y aplicación de acciones concretas durante la atención médica que cotidianamente otorga.

Conocer el nivel de aceptación de métodos de planificación familiar en el pos evento obstétrico permitirá dimensionar la magnitud del problema, así mismo identificar los factores epidemiológicos sociales culturales y familiares permitirá indagar sobre las posibles causas que llevan a las pacientes a rechazar los métodos de planificación familiar, el tener el pleno conocimiento de tales factores brinda la oportunidad de mejorar la calidad de la atención obstétrica al darle la información completa eficaz y con calidez a las pacientes para que tomen una decisión antes de su egreso de la institución.

Reflexionando sobre los planteamientos anteriores surge la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las causas de no aceptación de métodos de planificación familiar en puérperas del HGZ MF No1 de Pachuca Hidalgo?

V. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar las causas de no aceptación de métodos de planificación familiar en puérperas que acudan a consulta de medicina familiar en el periodo determinado para el estudio por encuesta directa en el HGZMF No 1 de Pachuca, Hidalgo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar causas sociodemográficas que inciden en la no aceptación de métodos de planificación familiar, en puérperas que acudan al HGZMFNo 1.

Identificar datos Socioculturales, que inciden en la no aceptación de métodos de planificación familiar, en puérperas que acudan a HGZMFNo 1.

VI. HIPÓTESIS

A) HIPOTESIS PRINCIPAL:

La causa de no aceptación de métodos anticonceptivos en puérperas en el HGZMFno1 en Pachuca Hidalgo en el 60% de los casos es por temor a los efectos adversos.

B) HIPOTESIS ALTERNA

La causa de no aceptación de métodos anticonceptivos en puérperas en el HGZMFno1 en Pachuca Hidalgo en el 60% de los casos no es por temor a los efectos adversos si no por aspectos culturales.

VII. MATERIAL Y MÉTODOS

7.1. UNIVERSO DE TRABAJO

Pacientes de 15 a 49 años de edad en periodo puerperal adscritas a consultorios de medicina familiar de los turnos matutino y vespertino del HGZMF No. 1 de Pachuca Hidalgo que no cuenten con método de planificación familiar.

7.2. DISEÑO:

La investigación que se realizó fue observacional, transversal, descriptiva, retrolectivo:

- Observacional: Porque no se intervendrá experimentalmente, solo se registrarán los eventos conforme a las respuestas de las pacientes encuestadas.
- Descriptivo: Sólo se informarán y analizarán resultados, sin intervención.
- Transversal: Se obtendrán los datos de la no aceptación de métodos anticonceptivos en una sola medición mediante la encuesta.
- Retrolectivo: La no aceptación de método de planificación ya sucedió, sólo se intenta identificar las causas y determinar las frecuencias del fenómeno.

7.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes púerperas de 15 a 49 años de edad derechohabientes sin método de planificación.
- Que sepan leer y escribir,
- Que acudieron a las instalaciones del Hospital General de Zona con medicina familiar número 1 en Pachuca de cualquier turno durante el periodo de estudio, que aceptaron participar y que firmaron el consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes que en ese momento soliciten método de planificación.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pacientes con fichas de identificación incompletos,
- Pacientes que durante el interrogatorio se rehusaron a contestar las preguntas

7.4. MUESTRA: Se trata de una muestra finita pequeña, obtenida con la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 (P) (Q)}{(E)^2}$$

Donde:

n= Tamaño de la muestra que se requiere

Z=3.84 para un intervalo de confianza del 95%

P = Se considera un 61.9% promedio de aceptación de métodos anticonceptivos por púérperas de acuerdo a la encuesta efectuada por CONAPO con una variación estimada del 10 %.

Q = (1-p) 0.61

E = 10 % (para amplitud del intervalo de confianza). Se trata de la variación estimada de diversos estudios.

Que sustituyendo:

$$n = \frac{3.84 (38.1) (61.9)}{(10)^2 100} = \underline{90.56} = 90 \text{ pacientes más } 10\% \text{ perdidas} = 100$$

Total de la muestra: 100 pacientes

7.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Con base a las variables del estudio y previa codificación de las causas sociodemográficas, socioculturales y personales que inciden en la no aceptación de métodos de planificación familiar, en púérperas que acudieron a diferentes servicios de HGZM No 1 de los turnos matutino y vespertino, se diseñó la base de datos en el paquete Excel para obtener las frecuencias; se elaboraron los cuadros de salida, así

como los gráficos en función al tipo de escala y variable. Se calcularon las medidas de tendencia central y las de dispersión para las variables cuantitativas, y para las cualitativas se utilizaron porcentajes y cifras absolutas comparando y jerarquizando los resultados para su posterior interpretación clínica.

7.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

DEFINICIÓN	CONCEPTUAL	OPERACIONAL	Tipo de variable	Escala de Medición	Indicador
Causas de no aceptación de métodos anticonceptivos	Son todas las condiciones que favorecen o limitan a las Mujeres en Edad Reproductiva y etapa puerperal a no utilizar métodos de planificación familiar	Motivo de rechazo a método de control de natalidad.	Cualitativa	Nominal Dicotómica Ordinal	Causa personal Causa religiosa Causa económica Causa de la pareja Causa social

VARIABLES DEPENDIENTES :

DEFINICIÓN	CONCEPTUAL	OPERACIONAL	Tipo de variable	Escala de Medición	Indicador
Puerperio	Periodo de transformaciones progresivas anatómico y funcional que hace regresar paulatinamente todas las modificaciones gravídicas. Clínicamente puede dividirse en tres períodos sucesivos: Puerperio inmediato . Primeras 24 hrs Puerperio mediato . Del día 1 al 7 Puerperio tardío : abarca el tiempo necesario para la involución completa de los órganos genitales y el retorno de la mujer a su condición pre gestacional.	Este periodo se extiende convencionalmente desde la finalización del periodo post alumbramiento, hasta 45 a 60 días posterior a la culminación del embarazo. Condición indispensable para que las pacientes sean incluidas en el estudio	Cualitativa	Ordinal	Puerperio inmediato Puerperio mediato Puerperio tardío

Gesta	Producto de la fecundación con desarrollo de embrión.	Embarazo en desarrollo.	Cuantitativa	Nominal	1,2,3,4,5,6...
Parto	Obtención de neonato por vía vaginal	Resolución de embarazo por vía fisiológica .	Cuantitativa	Nominal	1,2,3,4,5,6...
Cesárea	Interrupción de embarazo mediante operación quirúrgica	Resolución de embarazo mediante incisión abdominal	Cuantitativa	Nominal	1,2,3,4,5,6...
Abortos	La cantidad de embarazos que no llegaron a término ya sea voluntario o involuntario	Son el número de embarazos interrumpidos de cualquier etiología que refiere la paciente en la ficha de identificación	Cuantitativa	Nominal	1,2,3,4,5,6...
Hijos vivos	Se define como el número de productos nacidos y que aún vivan de cada paciente	Son el número de hijos que viven en el momento de la encuesta.	Cuantitativa	Nominal	1,2,3,4,5,6...

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador
Edad	Está referida al tiempo de existencia de alguna persona, o cualquier otro ser animado o inanimado, desde su creación o nacimiento, hasta la actualidad.	Años de vida de la paciente referida por ella misma	Cuantitativa	De razón	Edad en años
Grado de Instrucción	Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.	Grado máximo de estudios es decir que en caso de contar con un grado trunco se considerara el grado previo concluido.	Cualitativa	nominal	1.Analfabeta 2.Primaria 3.Secundaria 4. Media superior 5.Superior 6. Posgrado
Estado civil	situación personal en que se encuentra o no una persona física en	Situación legal de convivencia con la pareja sexual	Cualitativa Nominal	Nominal	Soltera. Casada. Unión libre

	relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto.				Divorciada o separada. Viuda.
Religión	Es el cúmulo de creencias, sin demostración científica, basadas en la fe, sobre el origen del mundo y de la vida como creación divina, y las prácticas o culto destinadas a venerar a ese Dios o Dioses responsables de lo creado, compartidas por un grupo humano.	Preferencia ó creencia en torno a entes superiores.	Cualitativa	Nominal	1. Católico 2. Evangelista 3. Testigo de Jehová 4. Cristiano 5. Otra
Ocupación	Hace referencia a lo que ella se dedica; a su trabajo, empleo, actividad o profesión generalmente a cambio de algún tipo de pago.	El oficio de la paciente que sea o no remunerada	Cualitativa	Nominal	1. Ama de casa 2. Estudiante 3. Comerciante 4. Empleada 5. otros

VIII. ASPECTOS ÉTICOS

REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD.

ARTÍCULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTÍCULO 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este reglamento, la investigación a realizar se clasifica en la siguiente categoría:

INVESTIGACIÓN CON RIESGO MINIMO

Se trata de una investigación no experimental, en la que se emplearán técnicas y métodos de entrevista y en la que no se tendrá la modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de las púerperas que participarán en la investigación, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas y en los que no se le identificará ante ningún tipo de comunidad, ni tampoco se tratarán aspectos sensitivos de su conducta. Por lo tanto, la investigación se clasifica “riesgo mínimo” para las pacientes debido a que se invade su privacidad.

DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL

Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas.

1. La investigación biomédica que implica a personas debe concordar con los principios científicos aceptados universalmente y debe basarse en una experimentación animal y de laboratorio suficiente y en un conocimiento minucioso de la literatura científica.
2. El diseño y la realización de cualquier procedimiento experimental que implique a personas debe formularse claramente en un protocolo experimental que debe presentarse a la consideración, comentario y guía de un comité nombrado especialmente, independientemente del investigador y del promotor.
3. La investigación biomédica que implica seres humanos debe realizarse únicamente por

personas cualificadas y bajo supervisión de un facultativo clínicamente competente.

4. Todo proyecto de investigación biomédica que implique a personas debe basarse en una evaluación minuciosa de los riesgos y beneficios previsibles tanto para las personas como para terceros.

5. Debe respetarse siempre el derecho de las personas a salvaguardar su integridad. Deben adoptarse todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física y mental.

6. Los médicos deben suspender toda investigación en la que se compruebe que los riesgos superan a los posibles beneficios.

7. En la publicación de los resultados de su investigación, el médico está obligado a preservar la exactitud de los resultados obtenidos.

8. En toda investigación en personas, cada posible participante debe ser informado suficientemente de los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos previstos y las molestias que el estudio podría acarrear. Las personas deben ser informadas de que son libres de no participar en el estudio y de revocar en todo momento su consentimiento a la participación. Seguidamente, el médico debe obtener el consentimiento informado otorgado libremente por las personas, preferiblemente por escrito.

9. En el momento de obtener el consentimiento informado para participar en el proyecto de investigación, el médico debe obrar con especial cautela si las personas mantienen con él una relación de dependencia o si existe la posibilidad de que consientan bajo coacción.

La investigación a realizar contempla todos los principios mencionados en esta declaración, aun cuando algunos se refieren a diseños experimentales, en especial aplican a la investigación los principios 8 y 9

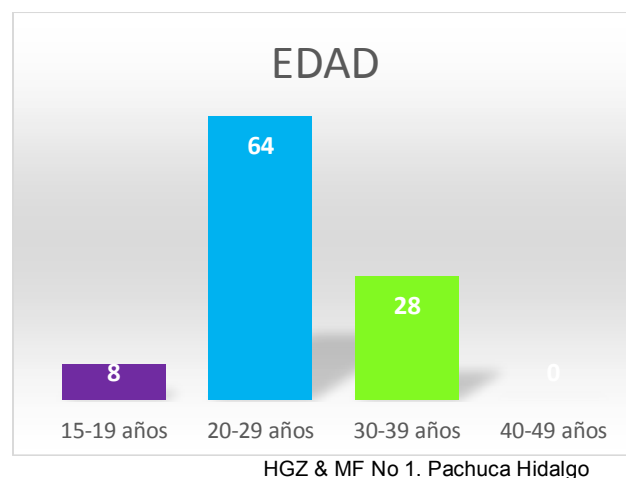
IX. RESULTADOS:

ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS:

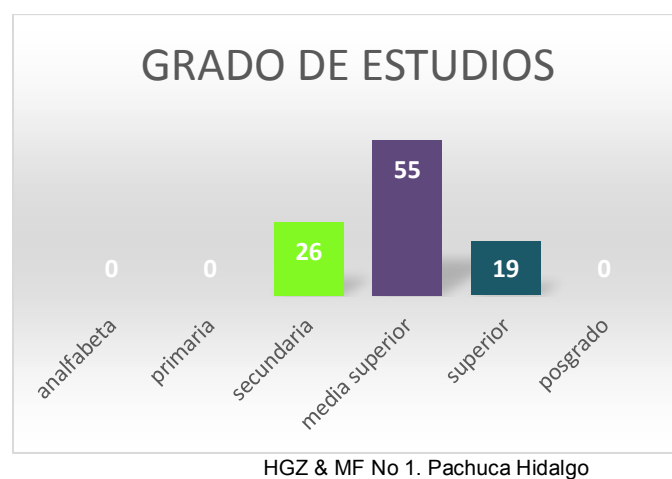
Se aplicó una encuesta a 100 púérperas que no aceptaron un método de planificación familiar, en el HGZ & MF No.1 de Pachuca Hidalgo, de la cual se obtuvieron resultados descritos en la Tabla 1.

TABLA 1: CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS		
	NUMERO	%
EDAD		
15-19 AÑOS	8	8
20-29 AÑOS	64	64
30-39 AÑOS	28	28
40-49 AÑOS	0	0
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
ANALFABETA	0	0
PRIMARIA	0	0
SECUNDARIA	25	25
MEDIA SUPERIOR	54	54
SUPERIOR	19	19
POSGRADO	0	0
ESTADO CIVIL		
SOLTERA	13	13
UNION LIBRE	34	34
CASADA	41	41
DIVORCIADA O SEPARADA	11	11
VIUDA	1	1
RELIGION		
CATOLICA	77	77
EVANGELICA	4	4
TESTIGO JEHOVA	10	10
CRISTIANA	9	9
OTRA	0	0
OCUPACION		
AMA DE CASA	29	29
ESTUDIANTE	6	6
COMERCIANTE	17	17
EMPLEADA	48	48
OTRA	0	0

Edad: el 64 % oscilo entre los 20 y 29 años, seguidos por pacientes de 30 a 39 años., un 8 % fueron madres adolescentes, no hubo ninguna mayor de 40 años, como se presenta en la siguiente gráfica:.

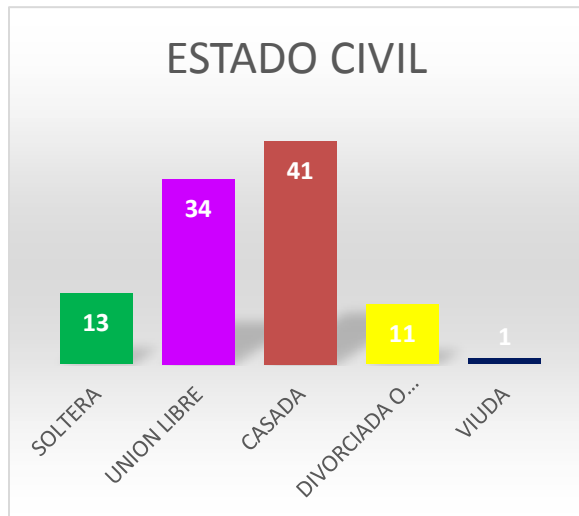


EL 55% de ellas contaron con escolaridad media Superior, un 26 % secundaria y 19% nivel superior, como se presenta en la siguiente gráfica:



ESTADO CIVIL:

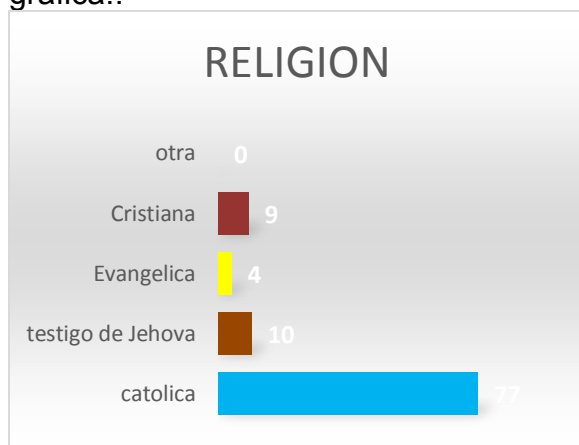
El 41% de las encuestadas se encontraban casadas, seguidas por el 34% de unión libre, un 13% de ellas eran solteras, 11% divorciada o separada, y 1% viuda, como se presenta en la siguiente gráfica:



HGZ & MF No 1. Pachuca Hidalgo

RELIGION:

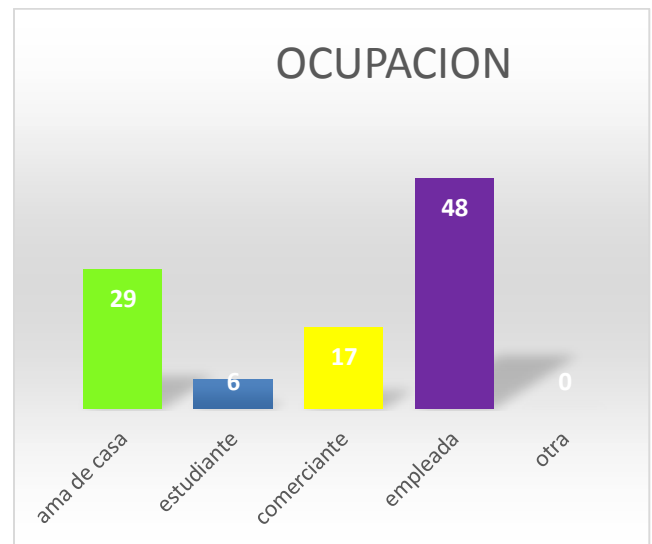
El 77% de la población profesa la religión católica, el 10% testigo de Jehová, el 9% cristiana, el 4% evangélica y 0% de ellas otra, como se presenta en la siguiente gráfica:



HGZ & MF No 1. Pachuca Hidalgo

OCUPACION

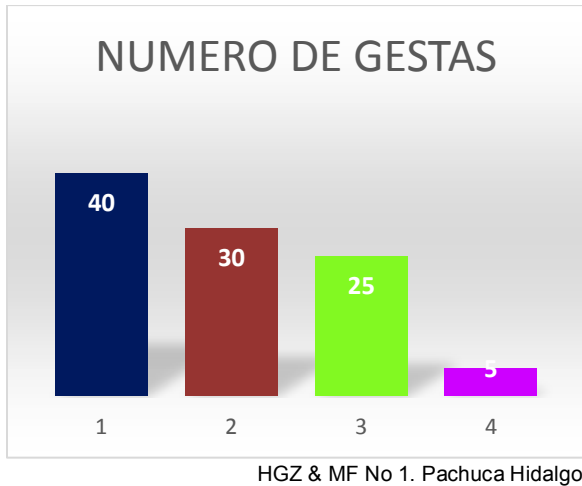
El 48% de las sustentantes eran empleadas, el 29% amas de casa, 17% comerciantes, 6% estudiantes, como se presenta en la siguiente gráfica:



HGZ & MF No 1. Pachuca Hidalgo

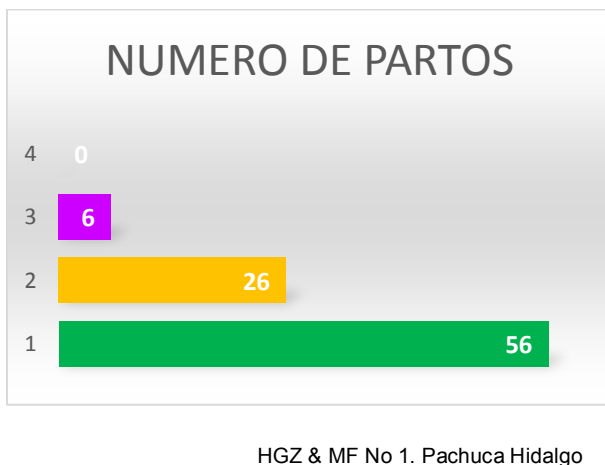
CARACTERISTICAS GINECOLOGICAS:

Numero de Gestas: el 40% fueron primigestas, el 30% secundigestas, seguidas por un 25% de trigestas y en un 5% se trataba de su cuarta gesta. Se presenta en la siguiente gráfica:



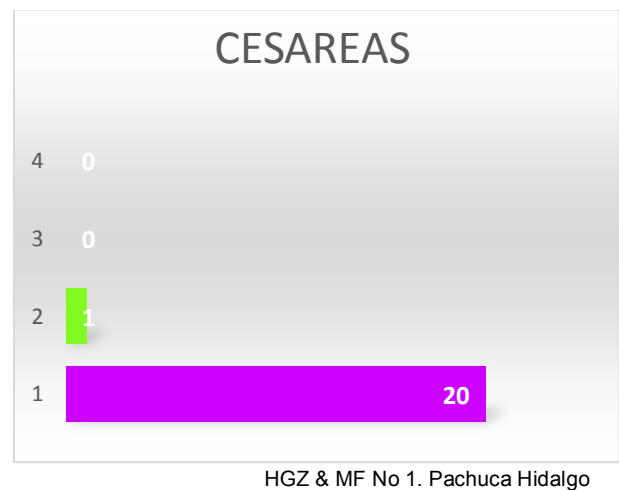
NUMERO DE PARTOS:

El 56% de las pacientes cuentan con antecedente de 1 parto, un 26% 2 partos, 6% se encontraba su tercer parto, ninguna de ellas había tenido más de 3 partos, como se presenta en la siguiente gráfica:



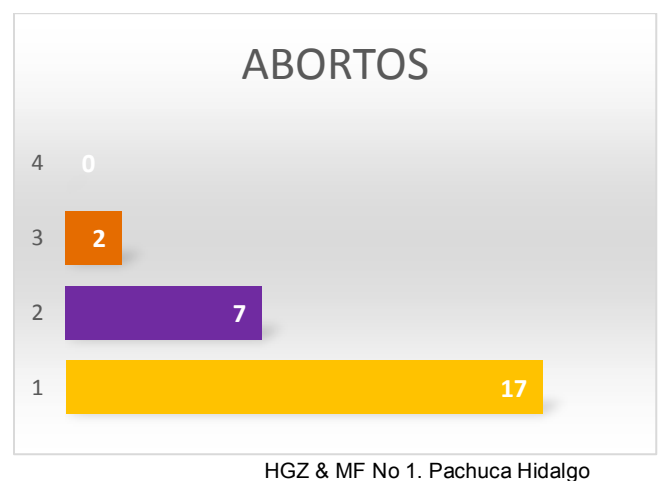
CESAREAS:

El 20% de las pacientes contaban con una cesárea., el 2% con dos cesáreas, ninguna de ellas ha tenido más de 2 cesáreas, como se presenta en la siguiente gráfica:



ABORTOS:

El 17% de las pacientes ya tenían antecedente de 1 aborto, el 7% 2 abortos, el 2% cuenta ya con 3 abortos previos, ningún paso de 4 abortos, como se presenta en la siguiente gráfica:



HIJOS VIVOS

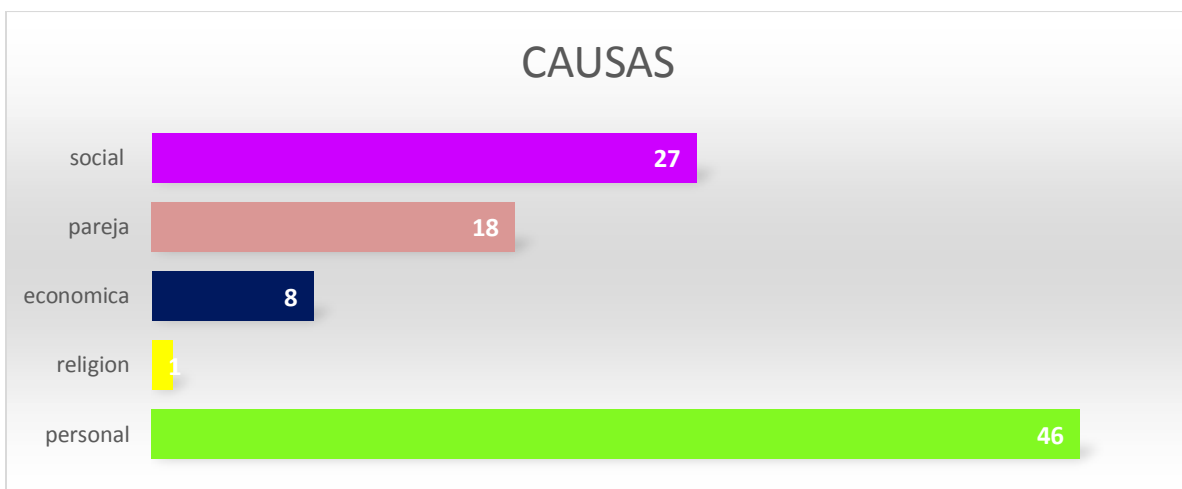
Del 100% de las encuestadas el 61% tiene 1 hijo vivo, el 30% 2 hijos vivos, el 7% 3 hijos vivos, ninguna de ellas tiene más de 3 hijos, como se presenta en la siguiente gráfica:



HGZ & MF No 1. Pachuca Hidalgo

CAUSAS

Las causas de no aceptación de métodos de planificación familiar en puérperas se dividieron en 5 grupos los cuales fueron de índole persona que corresponde al 46% en este grupo se integraron a aquellas pacientes que refirieron no acceder debido a miedo a los efectos secundarios, seguido por causa social en el que las pacientes argumentaron conocer antecedentes de malas experiencias de familiares y/o amigos con métodos anticonceptivos y corresponde al 27%, el 18% argumento que no lo aprueba su pareja, en el rubro de razones económicas se encuentran aquellas pacientes que el método solicitado en el momento no estuvo disponible, grupo fue la religión el cual solo el 1% refirió que esta fuese la causa. Se representa en la siguiente gráfica:



HGZ & MF No 1. Pachuca Hidalgo

X. DISCUSION:

El uso de anticonceptivos en el puerperio es de vital importancia debido a que disminuye la posibilidad de un embarazo a corto plazo y las complicaciones que pudiesen presentarse secundarias a un intervalo intergenesico corto incluyendo la probabilidad incluso de una muerte materna ^(4,12). De todas las pacientes encuestadas que no aceptaron método de planificación familiar el 100% de ellas refirió conocer los diferentes métodos anticonceptivos o al menos haber escuchado con anterioridad sobre ellos, sin embargo, no especificaron que tanta información tenían sobre estos puesto que hoy en día ha aumentado la difusión de este tipo de información, pese a esto el 38 % refirió no haber usado ningún método antes esto debido a que gran parte de ellas eran primigestas, por lo que se sospecha que su embarazo no fue planeado ⁽²⁸⁾.

El 46% de las pacientes atribuye el rechazo al miedo a los efectos secundarios, lo cual confirma que a pesar de la información difundida previamente no ha sido suficiente o bien que ya usaron con anterioridad y tuvieron malas experiencias cuyos efectos secundarios las hacen sentirse inseguras al momento de la elección del mismo lo cual representa un gran reto para el personal de salud pues requiere prestar mayor atención y orientación sobre este tema a fin de disipar todas las dudas y creencias sobre ello⁽²⁴⁾.

Las causas sociales incluyen aquellas pacientes que comentan conocer antecedentes de experiencias no gratas en conocidas y familiares con el uso de métodos de planificación familiar en esta etapa, comentando algunas de ellas que consideran no tener actividad sexual durante el periodo puerperal conocido coloquialmente como cuarentena, y algunas otras aún continúan considerando a la lactancia como un método anticonceptivo ⁽²¹⁾. Al momento de la entrevista se les brindo orientación en este sentido acerca de que no es una alternativa segura sin embargo no hubo una respuesta favorable.

Pese a que nos encontramos en pleno siglo XXI se considera un porcentaje elevado de pacientes que rechazaron el método debido a que no lo aprueba su pareja puesto a que no se encontró presente al momento del puerperio y no habían discutido previamente si usarían alguno, lo cual resulta relevante ya que desde la etapa prenatal se brinda información sobre los diversos métodos de planificación disponibles, se considera también que influye el hecho de que las pacientes no prestan la suficiente importancia a esta información ⁽¹⁰⁾.

En el ámbito de económico se refiere a que estas pacientes solicitaron implante subdermico que en el momento de la atención no se encontraba disponible, lo cual no implica que no estén de acuerdo con el uso de métodos de planificación familiar, sino que al momento del estudio aun no contaban con uno. Cabe señalar que algunas de estas entrevistas incluyen pacientes que se encontraban en el periodo de puerperio inmediato y hospitalización, lo cual significa que tuvieron la oportunidad de obtener el método antes del egreso hospitalario.

La religión tiene poca influencia en este tipo de decisiones de acuerdo a los resultados, debido a que solo una paciente menciono a esta como causa de rechazo al método de

planificación familiar.

Si bien el mayor porcentaje de las encuestadas era primigesta nos encontramos pacientes que se encontraban en su 2da y hasta 4ta gesta sin embargo aquí influyen otros factores como lo son el hecho de que no han logrado un embarazo de termino, incluso el 2% de ellas mencionaron haber tenido que recurrir a la fecundación in vitro para lograr la gestación ⁽²⁶⁾.

El 100% de las pacientes eran derechohabientes lo cual disuelve la teoría de que el no tener acceso a la seguridad social sea determinante para el rechazo de la aplicación de un método ⁽²⁹⁾. Además de que el grupo entrevistado se encuentra en un entorno urbano y que actualmente en el sistema de salud de México se procura que haya un abasto suficiente de métodos de planificación familiar gratuitos, donde lo único que tiene que hacer la paciente es acudir a la unidad de salud más cercana a solicitarlos.

Al realizar este trabajo no se corrobora la hipótesis de que el 60% del rechazo a los métodos anticonceptivos en puérperas, se deba a miedo de los efectos secundarios, ya que si bien si fue el resultado mayoritario, no se cumplió con ese porcentaje, así también la hipótesis alterna de que la causa de no aceptación a métodos en puérperas en el HGZ & MF No. 1 en Pachuca Hidalgo en el 60%no es por temor de los efectos adversos si no por aspectos culturales ya que como se describió con anterioridad influyeron otros factores en esta decisión.

XI. CONCLUSIONES:

Pese a que cada vez hay mayor difusión sobre los diferentes métodos de planificación familiar continúa habiendo rechazo de estos métodos durante la etapa puerperal, por lo que debemos poner mayor énfasis en la distribución de la información de la importancia de ellos desde la etapa prenatal, siendo más específicos y con mayor profundidad sobre ellos. Si bien se encuentra disponible el módulo de PREVENIMSS, así como los consultorios de medicina preventiva, las pláticas informativas de trabajo social, muchas de las pacientes comentan que no cumplieron al 100% con la asistencia a estos servicios ya sea debido a falta de tiempo y organización o bien por encontrarse cansadas al momento de recibir esta información. Una alternativa que se plantea es ofrecer pláticas informativas a empresas debido a que gran parte de nuestra población es empleada derechohabiente y es por ello que se atendieron en esta unidad, otra oportunidad sería que se realizaran orientaciones grupales en el área de hospitalización, realizando grupos dentro del periodo de estancia intrahospitalaria en el cual se les permita las pacientes compartir sus experiencias y resolver dudas y mitos que condicionen la no aceptación de métodos de planificación familiar ya que durante la estancia en la unidad de Tococirugia se brinda información sobre ello, la mayoría de las pacientes no presta atención debidamente por el estrés que representa el trabajo de parto. Asegurar el abasto de las diversas alternativas con que contamos disponibles para evitar que por no contar la existencia física en ese momento la paciente se vaya desprotegida.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lugones Botell M., Quintana Riverón T. Y. Orígenes de la anticoncepción. Rev. Cubana Med. Gen Integr 1996 Ago; 12(4): 399-402.
2. Zarate-Campos M, González-Moya M. Planificación familiar en la Guerra Fría chilena: política sanitaria y cooperación internacional, 1960-1973. Historia Critica 2015;55(288):207-230
3. Thomas Carazo E, Nadal Blanco M. Principios de la anticoncepción. SEMERGEN. 2001;(27):27.
4. Enderle C, da Costa Kerber N, Lerch Lunardi V, Goulart Nobre C, Mattos L, Fonseca Rodrigues E. Constraints and/or determinants of return to sexual activity in the puerperium. Rev. Latino-Am Enfermagem. 2013;21(3):719-725.
5. Peralta Sánchez A. Las muertes maternas en México: una cuestión de actitud. Ginecol Obstet Mex. 2014;82(1):394-396.
6. Reyes Frausto D, Bobadilla Fernandez D, Karchmer Krivitzky D, Martínez González D. EFECTO DE LA MUERTE MATERNA SOBRE LA DINAMICA FAMILIAR Y LA SOBREVIVENCIA INFANTIL. Ginecología Y Obstetricia De México. 1998;66(11):428.
7. Soni-Trinidad C, Gutiérrez Mateos A, Santa Rosa-Moreno F, Reyes Aguilar A. Morbilidad y mortalidad materna y factores de riesgo asociados con una urgencia obstétrica. Ginecol Obstet Mex. 2015;(83):96-103.
8. Mejía M, Ortiz R, Laureano J, Alcántara E, López M, Gil E. Aspectos sociales de la muerte materna: análisis de 5 años en el Hospital General de Occidente. Jalisco, México. REV CHIL OBSTET GINECOL. 2013;78(6):419-424.
9. Cuervo-Vergara S, Garrido-Gutiérrez J, Vélez-Álvarez G, Zuleta-Tobó J. ASOCIACIÓN ENTRE CONOCIMIENTOS DE ANTICONCEPCIÓN Y EMBARAZO NO PLANEADO. ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2015;66(3):160-170.
10. Cowman W, Hardy-Fairbanks A, Endres J, Stockdale C. Select issue in the postpartum period: contraception. Proceedings in Obstetrics and Gynecology. 2013;3(2):1-15.
11. Domínguez L, Vigil-De Gracia P. El intervalo intergenésico: un factor de riesgo para complicaciones obstétricas y neonatales. Clin Invest Gin Obst. 2005;32(3):122-126
12. Buitrón-García-Figueroa R, Malanco-Hernández L, Lara-Ricalde R, García-Hernández A. Anticoncepción y lactancia. Espaciamiento de los embarazos. Conceptos actuales. Ginecol Obstet Mex. 2014; 82:389-393.

13. Ojeda R, Ángel K, Rodríguez E, Andueza G. Período intergenésico corto y factores asociados, en embarazadas hospitalizadas en Acanceh, Yucatán, México. *Revista de Ciencias de la Salud*. 2016;3(8):38-42.
14. Sepúlveda-Agudelo J, Cristancho-Solano M, Parra-Meza C. Embarazo ectópico en la cicatriz uterina: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2010;61(1):66-71.
15. Gómez-Sánchez P, Pardo Y. PERCEPCIONES DEL USO DE ANTICONCEPTIVOS EN BOGOTÁ (COLOMBIA). *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2010;61(1):34-41.
16. Romero Gutiérrez G, Soria Villanueva S, Ponce Ponce de León A. Aceptación de anticonceptivos durante el puerperio en embarazos no planeados. *Ginecol Obstet Mex*. 2009;77(11):499-503
17. Huillca-Briceño A. La multiparidad como factor de riesgo de diabetes mellitus gestacional. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2016;42(189-198).
18. Romero-Gutiérrez G, García-Vázquez G, Huerta-Vargas L, Ponce-Ponce de León A. Factores que influyen en la aceptación o rechazo de métodos anticonceptivos en el puerperio. *Ginecología y Obstetricia de México*. 2010;69(1):406-412.
19. Casella C, Gómez V, Maidana D. Puerperio Normal. *Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina*, (diciembre 2010). 100, pp.2-6
20. Ovies Carballo G, Santana Pérez F, Padrón Durán R. Anticoncepción posparto. *Rev. Cubana Endocrinológica*. 1999;10(1):65-74.
21. Herrero I, Sesin S, Maidana M, Cáceres S. METODOS ANTICONCEPTIVOS DURANTE LA LACTANCIA: Revisión. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*. 2008; 178:22-26.
22. Sannisto T, Kosunen E. Initiation of postpartum contraception: A survey among health centre physicians and nurses in Finland. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2009;27:244–249. 2009; 27:244-249.
23. Sánchez-Meneses M, Dávila-Mendoza R, Ponce-Rosas E. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud. *ATEN FAM*. 2015;22(2):35-38.
24. Castañeda-Sánchez, Castro-Paz, L, Lindoro-López, K. Causas de no aceptación de métodos de planificación familiar en mujeres que acuden a atención puerperal en una Unidad de Medicina Familiar en Sonora, México. *Archivos en Medicina Familiar [Internet]*. 2008;10(2):37-41. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50719074003>
25. CONAPO. Perfiles de salud reproductiva en Hidalgo. 2011.

26. Rincón Cruz M, García Hernández R, García González M, Muñoz García G. Causas, frecuencia y secuelas de la morbilidad materna extrema en mujeres mexicanas: un análisis de los códigos rojos en el IMSS de Hidalgo. *REVISTA CONAMED*. 2016;21(4):171-178.
27. Navarro Núñez C, Álvarez González G, Tene Pérez C, Millán Guerrero R, Trujillo Hernández B. Causas de no uso de método anticonceptivo posparto entre madres adolescentes. *Ginecol Obstet Mex*. 2005;73(1):63-68.
28. Sámano R, Romero-López E, Romero-Pérez I, Chávez-Courtois M. Programas destinados a combatir la muerte materna: Algo de historia. *Perinatol Reprod Hum*. 2010;24(1):51-59.
29. Pérez L, Aparicio C. Métodos anticonceptivos de elección en el puerperio inmediato en pacientes adolescentes. *Rev. Nac (Itauguá)*. 2015;7(2):24-34.
30. Franco-Yáñez C, Hernández-Pacheco J. Monitoreo de morbilidad materna extrema (near miss) como compromiso internacional para complementar la calidad de la atención en salud materna. *Perinatol Reprod Hum*. 2016;30(1):31-38.

XIII. ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO:



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	“Causas de no aceptación de método de planificación familiar en puérperas del HGZMF NO 1 de Pachuca, Hgo”						
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica						
Lugar y fecha:	Pachuca de Soto, Hgo., _____ DE _____ 2018						
Número de registro:							
Justificación y objetivo del estudio:	El uso de método de planificación, ayuda a espaciar el periodo entre embarazos, lo que favorece el bienestar de la madre y el feto. Objetivo : Identificar las causas de no aceptación de métodos de planificación familiar en puérperas que acudan a consulta de medicina familiar en HGZMFNo 1.						
Procedimientos:	Previa explicación de lo que consiste el estudio y si desea participar. Se aplicará un instrumento de valoración y una ficha de identificación para las pacientes en puerperio que decidan participar, respondiéndolo cada paciente.						
Posibles riesgos y molestias:	Posibles molestias al interrogatorio y aplicación de encuesta, al existir alguna molestia tendrá la libertad de no seguir con el interrogatorio y la información no se integrará al estudio. Se considera riesgo mínimo.						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Determinar las causas de la no aceptación de método de planificación familiar después del embarazo.						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se orientará sobre los beneficios de utilizar un método de planificación familiar, así como de la importancia de espaciar cada nacimiento de los hijos. Si lo desea se le informará el resultado de su encuesta.						
Participación o retiro:	Conserva la absoluta libertad de participar así como de retirarse en el momento que decida sin que ello afecte la atención médica que he recibido del instituto, la información no será incluida en el análisis.						
Privacidad y confidencialidad:	Existe plena confidencialidad, donde la información recibida servirá para los objetivos del estudio y sólo será usada con fines de publicación científica y participación en foros. Sin la identificación de la paciente.						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>No autoriza que se tome la muestra.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	no aplica.						
Beneficios al término del estudio:	Detectar las causas de no aceptación de método de planificación y orientación a la paciente sobre el beneficio de utilización de los mismos.						
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:							
Investigador Responsable:	Dra. Alicia Ceja Aladro, matrícula 99132816, HGZMF No.1, tél. 7712207844 correo alceal22@gmail.com						
Colaboradores:	Dra. Azucena Reyes Aguilar Médico Residente Medicina Familiar 99139244 HGZFN01, tel 771 700 3630 correo azuena_r85@hotmail.com						
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:	Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx						

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1 Nombre, dirección, relación y firma

Testigo 2 Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS: NO ACEPTACIÓN DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN PUERPERAS, ATENDIDAS EN EL HGZ/MF No 1 DE PACHUCA, HGO.

EL PRESENTE CUESTIONARIO VA DIRIGIDO A AQUELLAS MUJERES QUE POSTERIOR A LA CULMINACION DE SU EMBARAZO NO ACEPTO EL USO DE UN METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR.

INSTRUCCIONES: MARQUE CON UNA "X" LA RESPUESTA QUE USTED CONSIDERE CORRECTA.

EDAD:

GESTA : _____ **PARTOS:**_____ **CESAREAS :**_____ **ABORTO:**_____ **HIJOS VIVOS:**_____

ESTADO CIVIL:

SOLTERA_____ UNION LIBRE___ CASADA_____ SEPARADA_____ VIUDA_____

ULTIMO GRADO DE ESTUDIOS:

ANALFABETA___ PRIMARIA_____ SECUNDARIA_____ MEDIA SUPERIOR_____

SUPERIOR_____ POSGRADO_____

RELIGION:

CATOLICA_____ TESTIGO DE JEHOVA_____ EVANGELICA_____ CRISTIANA_____

OTRA_____

OCUPACION:

AMA DE CASA_____ ESTUDIANTE_____ COMERCIANTE_____ EMPLEADA_____

OTRA_____

EL MOTIVO PORQUE USTED NO ACEPTO EL USO DE METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR ES:

NO CONOZCO LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS_____

NO SE COMO FUNCIONAN_____

NADIE ME HA HABLADO DE ELLOS_____

NO LO APRUEBA LA PAREJA_____

NO SON ACEPTADOS POR MI RELIGION_____

POR MALAS EXPERIENCIAS DE AMIGAS Y/O FAMILIARES CON METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR_____

MIEDO A LOS EFECTOS SECUNDARIOS_____

POR RAZONES ECONOMICAS_____

ME AVERGÜENZA SOLICITAR UN METODO ANTICONCEPTIVO_____

¿YA HA USADO UN METODO ANTICONCEPTIVO ANTES? SI_____ NO_____

EXPLIQUE AQUÍ SU MOTIVO PARA NO ACEPTAR UN METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR

¡MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACION!