



**UNIVERSIDAD POPULAR AUTONOMA DEL ESTADO DE
PUEBLA**

FACULTAD DE ENFERMERIA

Programa de Educación Continua y Posgrados en Enfermería

Tesis con el título de:

**“Factores que influyen a las pacientes de post- parto y post-
cesárea del servicio de Ginecología y Obstetricia que no utilicen
los métodos de planificación familiar del Hospital General de
Zacatlán del periodo 2014.”**

Que para obtener el grado de:

MAESTRIA EN CIENCIAS DE LA ENFERMERIA

Presenta la alumna:

ALICIA DIEGO GONZÁLEZ

ASESOR DE CONTENIDO: Mtra. Florentina Salazar

Mendoza

ASESOR METODOLOGICO: M. C. Maricruz Gutiérrez Brito



UPAEP – Secretaría General

Dirección General de Apoyos Académicos

Dirección del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.

Biblioteca Central - **Karol Wojtyla**

Tesis Digitales Restricciones de uso:

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

El uso de textos, imágenes, gráficas, 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 de donde la obtuvo mencionando el autor o autores involucrados en el documento.

Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

CAPÍTULO 1. PROPÓSITO Y ORGANIZACIÓN

1.1 Antecedentes	I
1.2 Problema de investigación	XXX5
1.3 Pregunta de investigación	XXXVIII
1.4 Objetivo general	XXXVIII
1.5 Objetivos específicos	XXXIX
1.6 Justificación de la investigación	XXXIX
1.7 Alcances y limitaciones	XL

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

2.1 Marco Teórico	XL1
-------------------	-----

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA

3.1 Alcance y enfoque de la investigación	LII
3.2 Hipótesis	LII
3.3 Enfoque de la investigación	LII
3.3.1 Diseño de la Investigación	LII
3.4 Recolección de datos	LIII
3.5 Selección de la Muestra	LIII
3.6. Muestra	LIII
3.6.1 Aplicación del instrumento	LIII

3.7 Preparación de datos	LIV
3.8 Análisis de datos	LIV
3.8.1 aspectos éticos	LIV
3.8.2 recursos	LIV

CAPÍTULO 4. CONCLUSIONES

4.1 Conclusiones relativas a los objetivos específicos	LV
4.2 Recomendaciones	LVII

REFERENCIAS	LXXVI
--------------------	--------------

ANEXOS	LIX
---------------	------------

DEDICATORIAS

Gracias a Dios que me ha dado la oportunidad de culminar otra etapa de mi profesión, por guiarme, a no darme por vencida, por lograr mis metas e ideales.

A mis Padres: En la vida se nos dan pocas oportunidades para salir adelante y contar con seres que nos induzcan y nos enseñen que no debemos darnos por vencidos, Dios me ha dado la suerte de tenerlos y la oportunidad de contar con ustedes incondicionalmente al compartir mis fracasos, triunfos, tristezas y alegrías, Infinitamente les agradezco todo el apoyo que me han brindado para subir otro escalón en mi profesión con todo mi amor gracias.

A Daniel te amo hijo, todo mi esfuerzo es pensando en ti, aunque a veces ya sea por el trabajo o escuela tuve que dejarte, siempre pensando en tu bienestar, esperando que tú también triunfes en la vida que llegues más alto que yo, que con tu esfuerzo y dedicación lo consigas lo deseo con todo mi corazón hijo, eres lo más hermoso que Dios me ha dado, agradezco infinitamente tenerte a mi lado y que comportamos juntos esta vida, te amo.

A mis hermanos (as) gracias por las palabras de aliento, por estar siempre a mi lado, por compartir tantas cosas conmigo por el apoyo moral y por animarme siempre los quiero mucho.

A mis sobrinos (as) espero sea ejemplo para ustedes, luchen siempre por sus sueños, todo lo que hagan sea con amor y entusiasmo, den lo mejor de sí mismos, gracias por demostrarme su amor, hasta en una sonrisa, los amo.

RESUMEN

La realización del presente trabajo de investigación tiene como objetivo principal determinar los conocimientos que poseen las pacientes de postparto y postcesarea del Hospital General de Zacatlán, y personal de enfermería del servicio de hospitalización turno matutino, sobre métodos de planificación familiar, beneficios, métodos, estado civil, escolaridad y la ocupación de las madres entre otras variables. Este estudio es de tipo cualitativo, cuasiexperimental y de corte transversal. Para este fin se elaboró un cuestionario formulado por 10 preguntas, y 5 preguntas para el personal de enfermería, la muestra estuvo constituida por doscientas veinte participantes dentro de criterios de inclusión fueron mujeres puérperas y personal de enfermería a quienes se les aplicó el consentimiento informado, para la aceptación de su participación en el proceso de la presente investigación; se realizó consultas de literatura científica y la teoría de Nola J. Pender, la técnica que utilice fue la encuesta, posteriormente se tabuló los datos, y los resultados obtenidos muestran que la edad más predominante fue de 21-25 años con un 28.5%, un 42.8% se dedican al hogar, un 14.7% trabajan, el 10.5% refieren a ver concluido la universidad, o así mismo un 42.8% culminó la primaria, el 52.8% viven con su pareja el cual toma un papel importante para esta conducta, el 30.5% saben sobre el DIU, un 10% de las madres tienen conocimiento sobre el implante, el 38.1% prefieren tomar las tabletas hormonales, así como el 12% prefieren el implante, haciendo mención que el 27.6% tuvieron sus primeras relaciones sexuales entre 31 y 35 años, 8.6%, entre 21 y 25 años, el 100% de las pacientes de postparto y postcesarea tienen conocimiento sobre algún método de planificación familiar. En conclusión si existen conocimientos necesarios sobre planificación familiar, solo queda reforzar estos conocimientos como la revisión periódica del DIU ya que este suele moverse o salirse después de su colocación y principalmente las primigestas lo desconocen, con respecto a enfermería el 80% de las Enfermeras del servicio de hospitalización del Hospital General de Zacatlán conocen cual es la norma oficial de planificación familiar y el 20% no conocen la norma 005. El 40% de las Enfermeras del servicio de hospitalización del Hospital General de Zacatlán si capacitan a las pacientes puérperas y 30% de las Enfermeras nunca capacitan a las puérperas.

PALABRAS CLAVES: POSTPARTO, POSTCESAREA, DIU, PRIMIGESTA.

ABSTRACT

The realization of this research work has as main objective to determine the knowledge possessed patients postpartum and post-cesarean General Hospital Zacatlán, and nurses of inpatient service morning shift on family planning methods, benefits, methods, state civil, education and occupation of mothers among other variables. This study is qualitative, cuaxiexperimental type and cross section. For this purpose a questionnaire formulated by 10 questions and 5 questions for nurses was developed, the sample consisted of two hundred and twenty participants within inclusion criteria were postpartum women and nursing staff who were applied informed consent, for acceptance of their participation in the process of this investigation; Ask for literature and theory of Nola J. Pender was performed, the technique used was a survey, then the data were tabulated and the results show that the predominant age was 21-25 years with 28.5% 42.8% engaged in household work 14.7%, 10.5% reported seeing completed college, or so it culminated 42.8% primary, 52.8% live with their partner which takes an important role in this behavior, 30.5% know about the IUD, 10% of mothers have knowledge of the implant, 38.1% prefer taking hormonal tablets and 12% prefer the implant, mentioning that 27.6% had their first sexual relations 31 and 35 years, 8.6% between 21 and 25 years, 100% of patients after cesarean section postpartum and have knowledge of any method of family planning. In conclusion if there necessary knowledge about family planning, there is only reinforce this knowledge as the periodic review of DUI because this tends to move or leave after placement and are unaware primigestas mainly with respect to nursing 80% of Nurses service General Hospital inpatient Zacatlán know what the official policy of family planning and 20% do not know the standard 005. 40% of the Nurses service General Hospital inpatient Zacatlán if train postpartum patients and 30 % of the nurses never train postpartum.

KEYWORDS: Postpartum, cesarean section, IUD, primigravida.

1.1 ANTECEDENTES

Evitar el embarazo ha sido preocupación de muchas poblaciones desde tiempos inmemoriales. Escritos antiguos de origen hebreo, chino y japonés, así como papiros egipcios que corresponden a dinastías gobernantes muchos siglos antes de la era cristiana, ya refieren el uso empírico de algunas pastas y gomas cuyo efecto, en la actualidad, se ha demostrado que era espermicida. Sin embargo, con fines más científicos, fue hasta el siglo XVI cuando Falopio describe por primera vez una funda de lino protectora contra la sífilis, que posiblemente constituyó la base para la manufactura en Inglaterra (dos siglos después) de los condones,

Que se elaboraron originalmente con intestinos disecados de animales; y que en 1776 ya eran solicitados en Francia, España, Portugal e Italia, y un siglo después,

En 1840, empezaban a popularizarse en todo el mundo, al inventarse en ese año la vulcanización del hule. Anecdóticamente, vale la pena mencionar el comentario

Festivo que hizo el famoso galán italiano Casanova, en el siglo XVIII, con respecto a los condones: son gorros de seguridad o preservativos que los ingleses han inventado para poner al sexo bello bajo abrigo de todo temor...

Durante el siglo XVIII y parte del XIX, fue el condón el único anticonceptivo usado, y hubo que esperar hasta 1834 para que se sugiriera el siguiente. En efecto, ese año, por primera vez en la historia, Blundell, en Londres, sugiere una técnica quirúrgica anticonceptiva con carácter irreversible, aconsejando la resección de parte de las trompas, en su obra: Principios y práctica de obstetricia, Sin embargo, tuvieron que pasar casi 50 años más, para que Lundgren, en Estados Unidos, pusiera en práctica la oclusión tubaria bilateral con fines de esterilización artificial; ciertamente, en 1881 ese autor informó que había ligado con seda las trompas de una paciente a la que acababa de practicar una segunda cesárea. Señaló en su comunicación que considerando el peligro de hemorragia realizó la ligadura, y seguramente con esa expresión se refirió al peligro de la hemorragia que hubiera motivado una tercera cesárea y la forma que él consideró adecuada para prevenirla. Téngase en cuenta que la operación cesárea en aquel entonces era una medida quirúrgica heroica y sólo se practicaba excepcionalmente.

La sugerencia de Blundell, primero, y la técnica quirúrgica de Lundgren, después, seguramente propiciaron la práctica de la oclusión tubaria con más frecuencia, así

como su difusión; ya que George Bernard Shaw, en 1903, anotó en su libro *Hombre y Superhombre*, que la invención más revolucionaria del siglo XIX fue la esterilización artificial del matrimonio. Coincidentemente, en ese mismo año, Fraenkel, en Alemania, refiere que la extirpación de los cuerpos amarillos de las conejas hacía imposible la nidación de los óvulos fecundados. Esta famosa comunicación da inicio a las investigaciones que culminarían 30 años después, con el descubrimiento de la progesterona. Seis años después, Richard Richter, también en Alemania, da a conocer sus experiencias encaminadas a evitar el embarazo, introduciendo en el útero un dispositivo hecho con intestino de gusano de seda. Se inicia así en el mundo la anticoncepción intrauterina, cuyo impacto ante la sociedad médica alemana y por supuesto ante las sociedades médicas de otros países, fue completamente nulo, por considerarse, equivocadamente, que la introducción de un cuerpo extraño en el útero necesariamente ejercía un mecanismo abortivo. Durante los años siguientes, las comunicaciones de Blundell y Lundgren, en el siglo XIX, empezaron a despertar las inquietudes de varios cirujanos. En 1910 recibe gran aceptación en Estados Unidos y en Alemania

La técnica quirúrgica del alemán Madlener, que constituyó una verdadera salpingoclasia, ya que su autor propuso la trituración quirúrgica de las trompas

Para inutilizarlas definitivamente. Sin embargo, el propio Madlener comunicó en 1919 un gran número de fracasos, e inclusive defunciones, debidos a la fistulización tubaria secundaria a su trituración, por lo cual la técnica tendió a abandonarse. Hubo que esperar cinco años para que se propusiera una nueva técnica quirúrgica, la de Irving, y seis más para que aparecieran otras, dentro de las que destaca la de Pomeroy. Al respecto, conviene mencionar que Pomeroy nunca publicó sus experiencias con su sencilla técnica, misma que seguimos practicando hasta la fecha. Fueron sus socios, Bishop y Nelms, en el Hospital Brooklyn, de Nueva York, quienes hicieron una publicación, en 1930, en la que refirieron la práctica de la técnica de Pomeroy en 60 mujeres, sin ninguna falla.

Sin embargo, para entonces Pomeroy hacía cinco años que había muerto.

Mientras la esterilización quirúrgica, por un lado, adquiría mucho auge, por otro nacían los primeros métodos de abstinencia sexual periódica (el de Ogino-Knaus y el de la temperatura basal). Al mismo tiempo, se llegaba a dos de los más importantes descubrimientos en la química de los esteroides. El primero, realizado

Por Marrian, en Inglaterra, y Butenandt, en Alemania, en 1932, que describe la estructura química de los estrógenos; el segundo, efectuado dos años después por Allen y Winterstein en Estados Unidos; Slotka, Butenandt y Fernholz en Alemania; y Hartmann y Wettstein en Suiza, quienes casi simultáneamente aíslan la progesterona. Estos memorables estudios constituyeron las bases para la anticoncepción hormonal, ya que el aislamiento y después la síntesis de la progesterona, permitieron a Makepeace y cols. Usar esta hormona para verificar

Su efecto sobre la ovulación en la coneja. Mientras tanto, Dodds en Inglaterra, empieza a hacer estudios tendientes a obtener compuestos con efecto estrogénico. En 1938 descubre el difeniletileno, a partir del cual logra la obtención del dietilestilbestrol que constituyó el primer estrógeno de síntesis. Todas estas investigaciones, junto con otras, permitieron que se lograra explicar el mecanismo endocrinológico del eje hipotálamo-hipófisis-ovario. Para 1950, los movimientos

Feministas en favor de la anticoncepción ya eran incontenibles, y el uso de los anticonceptivos naturales y de barrera se incrementaba cada vez más, pero con un alto índice de fracasos. Por eso, en ese año, Margaret Sanger y Katherine Dexter, lideresas feministas y organizadoras de la Federación Internacional de Paternidad Planeada, en Inglaterra, deseando ofrecer recursos efectivos de anticoncepción a las muchas mujeres por las que ellas trabajaban, le proponen a Gregory Pincus, investigador estadounidense, recursos financieros para lograr ese objetivo. En ese momento, Pincus todavía ignoraba que en México ya se habían iniciado investigaciones para lograr una progestina sintética, y que esas investigaciones culminarían, un año después, con un descubrimiento que sólo sería valorado en toda su extensión hasta los primeros años de la década de los sesenta. En efecto, el 15 de Octubre de 1951, un estudiante de Química de la Universidad Nacional Autónoma de México, Luis Miramontes, lograba la síntesis de la noretisterona en el Instituto de Química de los Laboratorios Syntex, bajo la dirección de George Rosenkranz y Carl Djerassi, sin imaginarse que el producto de su investigación iba a constituir el progestágeno más importante de la primera generación, que desplazó con los años a los demás de su época y que sigue conservando su vigencia hasta el momento actual. No obstante contar con la noretisterona, Pincus, Rock y García prefirió utilizar el isómero de aquélla, el noretinodrel, en las investigaciones que realizaron. En 1958 experimentan por primera vez este compuesto en mujeres voluntarias de Puerto Rico, combinando

10 mg de noretinodrel con 150 a 230 microgramos de mestranol, logrando evitar el embarazo en todos los casos sujetos a la investigación. Una de esas combinaciones se patenta con el nombre de Enovid, naciendo así la primera píldora anticonceptiva en el mundo. En los años siguientes, la anticoncepción hormonal combinada desplazó casi completamente a la anticoncepción natural y de barrera, por ser el método temporal más efectivo; no obstante que para entonces ya se había iniciado el uso de otros anticonceptivos mecánicos o con acción espermicida (diafragma, capuchón cervical, esponja vaginal, nonoxinol).

Por otra parte, en Japón, China, Alemania y otros países, se había extraído de su archivo la original investigación de Richter, de 1909 y empezaba el desarrollo de la anticoncepción intrauterina, con dispositivos metálicos manufacturados con oro, plata o acero (anillo de Ota, anillo de Gräfenber, M 211, etc.), que se difundieron en el resto del mundo con regular éxito. No obstante, en esta rama de la anticoncepción, los avances que despertaron mayor interés, particularmente en América Latina, fueron la invención del primer dispositivo intrauterino (DIU) de plástico (el asa de Lippes), en 1964, y pocos años después, la del dispositivo de plástico activado con cobre diseñado en base a los estudios de Zipper, en Chile, que demostraron que los iones de ese metal liberados dentro de cavidad uterina aumentaban considerablemente la eficacia anticonceptiva del DIU. El interés que despertaron estos artefactos abrió un campo muy amplio en la planificación familiar, ya que con ellos hizo su aparición uno de los métodos anticonceptivos de mayor uso en la actualidad, dada su gran seguridad y eficacia, así como su fácil aplicación y empleo prolongado. Es a fines de la década de los sesenta, cuando las dudas sobre el mecanismo de acción de los DIU. Obligaron a investigaciones profundas, mismas que empezaron a demostrar que esos artefactos ejercían su

Efecto anticonceptivo por diferentes mecanismos, pero no por el abortivo. Entre ellos, se describe su efecto de cuerpo extraño que causa una reacción inflamatoria

No séptica, durante la cual se desarrolla la producción de macrófagos que fagocitan las cabezas de los espermatozoides.

LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MÉXICO

La década de los sesenta marca la etapa en la que México inicia su participación en la Planificación Familiar. En esos años, muchos investigadores, entre ellos Boris Rubio y Manuel Mateos Cándano, a nivel privado; Jorge Martínez Manautou y Gregorio Pérez Palacios, en el Instituto Nacional de la Nutrición; Sergio Correu en la Fundación para Estudios de la Población; Juan Giner, Ramón Aznar y Roger Lara, en el Instituto Mexicano del Seguro Social; José Antonio Ruíz Moreno, en el Hospital Militar; y José Arias Huerta y el que esto escribe, en el Centro Materno Infantil. Maximino Ávila Camacho.: iniciaron la organización de servicios en los que se atendían a gran número de mujeres demandantes de métodos anticonceptivos y, además, en los que se investigaban nuevos hormonales anticonceptivos, nuevos dispositivos intrauterinos pero, sobre todo, en los que se iban acumulando experiencias de una nueva subespecialidad. Sus aportaciones fueron presentadas en reuniones y en congresos de ginecología y obstetricia mexicanos, de tal manera que lograron que la planificación familiar

Se empezaba a conocer en el medio en el que se desarrollaban, y permitieron incluir mayor número de adeptos a su práctica. Al iniciarse la década de los setenta, las presiones feministas en México en favor de la anticoncepción son ya evidentes, particularmente a consecuencia de la información proveniente de Estados Unidos, en donde el uso de la anticoncepción hormonal está muy difundido. Por otra parte, el sector gubernamental comienza a escuchar con atención, las corrientes científicas del área de la demografía, representadas, entre

Otras, por El Colegio de México, que hacían énfasis en el rápido crecimiento poblacional de nuestro país, ya que en sólo 20 años el número de sus habitantes se había duplicado, lo que predecía que tal duplicación se haría cada vez en periodos más cortos. Por eso, al tomar posesión de la Presidencia de la República el Lic. Luis Echeverría (quien paradójicamente usó como uno de sus lemas durante su campaña electoral la frase: .Gobernar es poblar.) sus más cercanos colaboradores, y en particular el Lic. Mario Moya Palencia y el Dr. Jorge Jiménez Cantú, iniciaron una serie de consultas entre los diferentes sectores sociales de nuestro país, especialmente el Sector Salud, con el fin de conocer sus puntos de vista en relación con la posible oficialización de la planificación familiar, la cual tenía opiniones muy encontradas. La respuesta mayoritaria de esos sectores fue favorable a la legalización de los servicios de planificación familiar; por lo cual

Moya Palencia compareció en la Cámara de Diputados¹⁶ para proponer el texto de la nueva Ley General de Población y luego de una sesión muy debatida, se logró la aceptación de la misma y su promulgación: el 7 de enero de 1974. Es necesario leer con atención la fracción II, del artículo 3o, ya que este texto dio origen a la oficialización de los servicios de planificación familiar en México, la cual responsabilizó al sector salud y al sector educativo de su aplicación, y ordenó que ésta se llevara a cabo con absoluto respeto a los derechos fundamentales del hombre y preservara la dignidad de las familias. Es oportuno recordar que en este año se cumplieron los primeros 25 años de su vigencia. Sin embargo, el gobierno de la República consideró que esa ley no era suficiente. Que era necesario que los ordenamientos de la misma quedaran plasmados a nivel Constitucional, y por esta razón, propuso a todos y cada uno de los Congresos Estatales la inclusión de un nuevo artículo en nuestra Carta Magna, que protegiera los derechos de la mujer y la familia. Fue así, cuando el 31 de diciembre de 1974, por acuerdo unánime de todos los estados de la República, el Congreso de la Unión promulga el Artículo 4o. Constitucional, que también es importante leer con atención, porque por primera vez en la historia de México, en dicho artículo se establece: la igualdad de géneros, la obligación del Estado de proteger la organización y el desarrollo de la familia, y el derecho de toda persona a la planificación familiar después de estos cambios legislativos se efectuaron otros obligados, como la creación de la Dirección General de Atención Materno Infantil y Planificación Familiar, de la SSA, que con la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud empezó a estructurar los servicios correspondientes. Pero además, en el orden académico, los dirigentes de las instituciones clínicas y hospitalarias más importantes de aquél entonces, incluyeron a la planificación familiar como una disciplina fundamental en su estructura docente-asistencial. Fue memorable una de las mesas redondas efectuadas durante la XXI Asamblea Nacional de Cirujanos en 1974, en la cual dichos dirigentes avalaron el valor científico de la planificación familiar. Dado que para entonces el Sector Salud aún no estaba estructurado como ahora, hubo necesidad de crear la Coordinación Nacional de Planificación Familiar, que tuvo como función coordinar las acciones de la propia Secretaría de Salubridad y Asistencia, así llamada en aquel entonces, con las del IMSS y las del ISSSTE, que siempre han constituido los organismos de salud con mayor número de derechohabientes. De común acuerdo, y atendiendo las normas establecidas por esa Coordinación, estos tres organismos integraron grupos multidisciplinarios durante el periodo de 1977 a 1982, que se desplazaron a cada una de las

unidades clínicas y hospitalarias de sus respectivas instituciones, para capacitar a la totalidad del personal de salud en las diversas áreas de la planificación familiar. Lograda la infraestructura de los servicios de planificación familiar del país, durante el segundo quinquenio de la década de los setenta, hubo necesidad de evaluar los resultados obtenidos. Para el efecto se realizaron dos encuestas nacionales sucesivas: una, la Encuesta Mexicana de Fecundidad, en 1977; y otra, la Encuesta Nacional de Prevalencia en el Uso de Métodos Anticonceptivos de 1978. Los resultados mostraron el rápido impacto que los programas de planificación familiar habían tenido sobre las tasas de crecimiento natural del país, mismos en los que se basó el Consejo Nacional de Población para proyectar el incremento que tendría la población para el año 2000 de acuerdo a tres hipótesis alternativas. La primera consideraba que en 1980 nuestra población sería de 69 millones 300 mil habitantes, y que a partir de entonces, si se suspendían los programas de planificación familiar, nuestro crecimiento natural en el año 2000, regresaría prácticamente al existente en los años setenta, de 3.2% anual; que si dichos programas no se suspendían, pero declinaban en sus acciones, se obtendrían indudablemente beneficios, pero nuestro crecimiento natural disminuiría sólo a 2.1% anual, lográndose que nuestra población fuera de 106 millones y medio de habitantes a principios del siguiente siglo; pero que si las acciones de los programas de planificación familiar continuaban con el mismo ritmo con el que se habían iniciado, nuestro crecimiento natural se reduciría en el año 2000 a 1.4% anual, y para entonces nuestra población sería de 100 millones de habitantes, modificándose así sustancialmente nuestra pirámide poblacional por grupos de edad, particularmente en su base.

La evolución subsecuente de los programas de planificación familiar ha comprobado que las acciones de éstos no sólo no disminuyeron, sino que por el contrario, se han incrementado. Esto gracias a que en el curso de los años se han difundido, aunque con poco éxito, las ventajas de nuevos métodos de abstinencia

Sexual periódica (método de Billings) y de barrera; se han incluido en el arsenal anticonceptivo las progestinas de 2a. y 3a. generación, con todas sus ventajas; se

Han ampliado las vías de administración de la anticoncepción esteroide, incluyendo la subdérmica; se están aplicando diversos diseños de dispositivos intrauterinos activados con cobre; y se han aprovechado los avances tecnológicos de la cirugía actual, particularmente la laparoscopia y la microcirugía. Sin

embargo, lo más importante, es que el Programa de Planificación Familiar de México es ya reconocido en todo el mundo, gracias a sus alcances y a las comunicaciones que nuestros investigadores han presentado en los foros de todos los continentes; y gracias también a la formación de muchos recursos humanos, en pre y en posgrado, responsables de incrementar el interés profesional, en esta ya importante subespecialidad de la ginecología y la biología de la reproducción.

Así, se llega al ocaso del siglo XX. Al Sector Salud, lógicamente, le ha interesado sobre todo el impacto que la planificación familiar ha tenido en la salud reproductiva, que fue la única inquietud que tuvimos los que, desde el principio, ofrecimos los recursos anticonceptivos a nuestras pacientes, no porque consideráramos que ya éramos muchos en nuestro país, lo cual ni siquiera sabíamos, sino porque ellas nos los demandaban en beneficio de su salud, a sabiendas de que la multiparidad había deteriorado sus condiciones biológicas. Y en este sentido, el Sector Salud se debe considerar no sólo satisfecho, sino también orgulloso, porque después de 30 años la salud reproductiva de nuestras mujeres ha sufrido cambios evidentes. La planificación familiar ha logrado prevenir, en una muy alta proporción, el embarazo no deseado; y este efecto, por sí solo, bien podría haber sido su única justificación, ya que del mismo se derivan la mayoría de sus impactos en salud. Sin embargo, además, ha contribuido a disminuir considerablemente las tasas de mortalidad materna, perinatal e infantil, y constituye la mejor medida preventiva para evitar el embarazo de alto riesgo. Su práctica obliga a revisiones ginecológicas periódicas que favorecen la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones del tracto reproductivo, así como el diagnóstico oportuno de las displasias cervicouterinas. Y el uso de los esteroides anticonceptivos combinados, ha permitido reducir la frecuencia de los cánceres ovárico y endometrial, así como la de los tumores mamarios benignos y la de los quistes no neoplásicos de los ovarios. En fin, la planificación familiar ha logrado impactar benéficamente, no sólo la salud biológica, sino también la salud psicológica y social de las parejas sexuales. Y todos estos impactos en salud se comprueban, día con día, en las múltiples publicaciones nacionales y extranjeras, que siendo tan numerosas, han obligado a editar libros y revistas dedicadas exclusivamente a esta subespecialidad. Pero, además, paralelamente, el Sector Salud, por ser una de las figuras responsables del cumplimiento de nuestra legislación demográfica, ha permitido impactar con los programas de planificación familiar las cifras de crecimiento poblacional, ya que ha cubierto plenamente la

demanda de servicios, cada vez mayor, que se ofrece a la población a través de los sectores educativos y de comunicación. En efecto, la planificación familiar ha logrado disminuir las tasas de natalidad de nuestra población, y, así como su tasa global de fecundidad y su tasa de crecimiento natural. En 1990, el Censo de Población y Vivienda, levantado en ese año, comprobó que México tenía 81 millones 100 mil habitantes y en 1998, el Consejo Nacional de Población comunicó que los estudios más recientes revelaban que nuestra población era de 96 millones 300 mil habitantes en ese momento. Estas cifras demuestran los impactos demográficos que los programas de planificación familiar han tenido apenas en 30 años, dentro de los cuales hay que destacar el obtenido sobre la tasa de crecimiento natural, que en 1980 era de 2.7% anual y se redujo a 2.3% en 1990, para seguirse reduciendo a 1.8% el año pasado. Asimismo, la tasa global de fecundidad, es decir, el número de hijos que en promedio tiene una mujer durante su vida reproductiva, se redujo de 4.4 en 1980, a 3.3 en 1990 y a 2.5 en 1998.¹⁹

De esta manera, por lo que se refiere al impacto sobre el crecimiento poblacional, que colateralmente al impacto en el área de la salud han logrado los programas de planificación familiar, debe decirse, con énfasis, que el Sector Salud, responsable de dichos programas, alcanzó la meta que teóricamente había establecido el Consejo Nacional de Población, hace 20 años, en su mejor alternativa. En efecto, ésta consideró en 1980 que para el año 2000 nuestro crecimiento natural sería de 1.4% anual, y en 1998 ya era de 1.8% anual, con tendencia a seguirse reduciendo en los dos años siguientes, logrando con ello que nuestra población llegue a ser seguramente de sólo 100 millones de habitantes al iniciarse el siglo XXI. Nuestras cifras de población actual, pero en particular su tendencia descendente, constituyen la demostración de que México continúa en un proceso de transición demográfica, pero sobre todo, en un proceso de distribución más racional de sus recursos. ¿Cuál será la tendencia demográfica de nuestro país en el próximo milenio? Indudablemente, nuestra población seguirá creciendo en los próximos años, igual que seguirán creciendo las poblaciones de la mayor parte de los países del mundo. Las proyecciones de la División de Población de las Naciones Unidas, indican que la tendencia del crecimiento de la población mundial se estabilizaría en 11 mil millones de habitantes en el año 2050, en el supuesto utópico de que desde ahora la tasa global de fecundidad, adoptada en todo el mundo, fuera de 2 hijos por cada mujer. Pero si las mujeres decidieran tener

2.5 Hijos en promedio durante su vida reproductiva, lo cual también es una suposición, la población mundial no sólo no se estabilizaría, sino que continuaría creciendo progresivamente hasta alcanzar la cifra de 27 mil millones de habitantes en el año 2150. Por lo tanto, los pronósticos poblacionales para México son francamente al crecimiento, a pesar de que ya está alcanzando en promedio la tasa global de fecundidad de 2. Por lo tanto la capacidad de la mujer para decidir si quiere embarazarse y en qué momento tiene una repercusión directa en su salud y bienestar. La planificación familiar permite espaciar los embarazos y puede posponerlos en las jóvenes que tienen mayor riesgo de morir por causa de la procreación prematura, lo cual disminuye la mortalidad materna. También puede evitar el embarazo de las mujeres de edad, que tienen mayores riesgos. Permite además que las mujeres decidan el número de hijos que desean tener. Se ha comprobado que las mujeres que tienen más de cuatro hijos se enfrentan con un riesgo mayor de muerte materna. Al reducir la tasa de embarazos no deseados, la planificación familiar también disminuye la necesidad de efectuar abortos peligrosos.

La planificación familiar puede evitar los embarazos muy cercanos entre sí y en un momento inoportuno, que contribuyen a causar algunas de las tasas de mortalidad de menores de un año más elevadas del mundo. Las criaturas cuya madre muere a causa del parto también tienen un riesgo mayor de morir o enfermar.

La planificación familiar permite que las personas tomen decisiones bien fundamentadas con relación a su salud sexual y reproductiva. Brinda además la oportunidad de que las mujeres mejoren su educación y puedan participar más en la vida pública, en especial bajo la forma de empleo remunerado en empresas que no sean de carácter familiar. Tener una familia pequeña propicia que los padres dediquen más tiempo a cada hijo. Los niños que tienen pocos hermanos tienden a permanecer más años en la escuela que los que tienen muchos.

Las adolescentes que se embarazan tienen más probabilidades de dar a luz un niño de pretérmino o con peso bajo al nacer. Los hijos de las adolescentes presentan tasas más elevadas de mortalidad neonatal. Muchas adolescentes que se embarazan tienen que dejar la escuela, lo cual tiene consecuencias a largo plazo para ellas personalmente, para sus familias y para la comunidad.

La planificación familiar es la clave para aminorar el crecimiento insostenible de la población y los efectos negativos que este acarrea sobre la economía, el medio ambiente y los esfuerzos nacionales y regionales por alcanzar el desarrollo.

Es importante que los servicios de planificación familiar estén ampliamente

Disponibles y sean de fácil acceso, por medio de parteras y otros agentes de salud capacitados, para toda persona sexualmente activa, en particular los adolescentes. Las parteras sean capacitadas para facilitar (en los lugares en que estén autorizadas) los métodos anticonceptivos localmente disponibles y culturalmente aceptables.

Otros agentes de salud calificados, por ejemplo, los agentes de salud comunitarios, también pueden facilitar asesoramiento y algunos métodos de planificación familiar, entre ellos píldoras y preservativos. Para métodos tales como la esterilización, tanto los hombres como las mujeres deben ser remitidos a un médico.

NOLA J. PENDER

BIOGRAFIA:

Pender nació en 1941 en Lansing, Michigan, EE.UU y fue hija única de unos padres defensores acérrimos de la educación de la mujer.

A los 7 años vivió la experiencia de ver como su tía recibía cuidados de enfermería, lo que creó en ella “una gran fascinación por el trabajo de enfermería” su idea de enfermería era cuidar de ayudar a otras personas a cuidar de sí mismas.

Su familia la animó en su objetivo de llegar a ser enfermera diplomada, merced a lo cual se matriculó en la escuela de enfermería del West Suburban Hospital del Oak Park en Illinois. Recibió su diploma de enfermería en 1962 y empezó a trabajar en una unidad médico-quirúrgica en un hospital de Michigan.

En 1964, Pender obtuvo un bachillerato de ciencias de enfermería (BSN) de la universidad de Michigan.

Obtuvo el MA en crecimiento y desarrollo humano por la Universidad del Estado de Michigan en 1965, el grado de PhD en Psicología y Educación en 1969, por la Universidad del Noroeste en Evanston, Illinois.

Cuando obtuvo su PhD, Pender experimento una desviación en su pensamiento que la llevo a definir el objetivo de la enfermería como la salud optima del individuo.

En 1975, la Dra. Pender publicó “un modelo conceptual de conducta para la salud preventiva”, que constituyo una base para estudiar el modo en que los individuos toman las decisiones sobre el cuidado de su propia salud dentro del contexto de la enfermería. En este artículo identificaba factores que habían influido en la toma de decisiones y las acciones de los individuos para prevenir las enfermedades.

En 1981 es admitida como miembro de la American Academy of Nursing, fue presidenta en los años 1991 y 1993.

En 1982 presento la 1ra edición del modelo de promoción de la salud. Y en 1996 la 2da edición de este.

MODELO DE PROMOCION DE LA SALUD:

Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-preceptúales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción.

El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables.

Esta teoría continua siendo perfeccionada y ampliada en cuanto su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influye en las modificaciones de la conducta sanitaria.

El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable.

METAPARADIGMAS:

Salud: Estado altamente positivo. La definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general.

Persona: Es el individuo y el centro de la teorista. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables.

Entorno: No se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo- perceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud.

Enfermería: El bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal.

Nola J. Pender, Licenciada en Enfermería de la Universidad de Michigan (Estados Unidos de América) es reconocida en la profesión por su aporte con el Modelo de Promoción de la Salud. Planteó que promover un estado óptimo de salud era un objetivo que debía anteponerse a las acciones preventivas. Esto se constituyó como una novedad, pues identificó los factores que habían influido en la toma de decisiones y las acciones tomadas para prevenir la enfermedad.

Además, identificó que los factores cognitivos perceptuales de los individuos, son modificados por las condiciones situacionales, personales e interpersonales, lo que da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud cuando existe una pauta para la acción.

El modelo de promoción de la salud propuesto por Pender, es uno de los modelos más predominantes en la promoción de la salud en enfermería; según este modelo los determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida, están divididos en factores cognitivos-perceptuales, entendidos como aquellas concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen a

conductas o comportamientos determinados, que en el caso que nos ocupa, se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud. La modificación de estos factores, y la motivación para realizar dicha conducta, lleva a las personas a un estado altamente positivo llamado salud.

La concepción de la salud en la perspectiva de Pender, parte de un componente altamente positivo, comprensivo y humanístico, toma a la persona como ser integral, analiza los estilos de vida, las fortalezas, la resiliencia, las potencialidades y las capacidades de la gente en la toma de decisiones con respecto a su salud y su vida .

Este modelo le da importancia a la cultura, entendida ésta como el conjunto de conocimientos y experiencias que se adquieren a lo largo del tiempo, la cual es aprendida y transmitida de una generación a otra.

El modelo de promoción de la salud de Pender se basa en tres teorías de cambio de la conducta, influenciadas por la cultura, así:

La primera teoría, es la de la Acción Razonada: explica que el mayor determinante de la conducta, es la intención o el propósito que tiene la conducta de un individuo. Se plantea que es más probable que el individuo ejecute una conducta si desea tener un resultado.

La segunda es la Acción Planteada: la conducta de una persona se realizará con mayor probabilidad, si ella tiene seguridad y control sobre sus propias conductas.

La tercera es la Teoría Social-Cognitiva en la cual se plantea que la auto-eficacia es uno de los factores más influyentes en el funcionamiento humano.

- Los beneficios de la acción percibidos o los resultados esperados, proporcionan motivación para adquirir una conducta de promoción de la salud, en la cual se da prioridad a los beneficios conductuales, destacando esta conducta entre otras personas, para que ellas puedan imitarla.
- La presencia de barreras para la acción, las cuales pueden ser personales, interpersonal salud desempeña un papel fundamental al determinar el estado de salud de cada persona, lo cual permitirá identificar las dificultades que se presentan y diseñar los mecanismos que permitan cambiar o disminuir una

conducta de riesgo con el fin de mejorar la calidad de vida, para establecer un estado óptimo de salud a nivel físico, mental y social.

- La auto-eficacia; Bandura ha encontrado en numerosos estudios, que las personas que se perciben así mismas competentes en un dominio particular realizarán repetidas veces la conducta en las que ellos sobresalen; la auto-eficacia es un sistema que provee mecanismos de referencia que permiten percibir, regular y evaluar la conducta, dotando a los individuos de una capacidad autor reguladora sobre sus propios pensamientos, sentimientos y acciones
- Las emociones, motivaciones, deseos o propósitos contemplados en cada persona promueven hacia una determinada acción. Los sentimientos positivos o negativos acompañados de un componente emocional son clave para identificar la conducta que necesita modificarse. Por lo tanto, en cada programa de salud deben implementarse actividades dinámicas y atractivas que generen beneficios para toda la población.
- Las influencias interpersonales y situacionales, son fuentes importantes de motivación para las conductas de salud, el impacto de las redes familiares y sociales o del entorno dentro del cual se desenvuelve la persona, pueden actuar positivamente generando un sentimiento de apoyo y aceptación, lo que brinda confianza a sus habilidades, esta sería una fuente valiosa para la creación de una conducta que promueva la salud; sin embargo, en el caso contrario, cuando el entorno familiar o social es adverso y nocivo, crea dificultades para adoptar dicha conducta, de ahí que sea a veces más conveniente cambiar algunas condiciones del medio social y económico, que apuntar al cambio de conducta en una persona.
- Edad: particularmente tiene que ver en gran medida por la etapa específica del ciclo vital en la cual se encuentre la persona; a partir de la etapa en la que la persona se encuentre se verá afectado el estilo de vida.
- Género: éste es un determinante del comportamiento de la persona, ya que el ser hombre o ser mujer hará que el individuo adopte determinada postura respecto a cómo actuar, además de lo que implica la prevalencia de algunas enfermedades que se verán reflejadas en mayor proporción en un género en específico.

- Cultura: es una de las más importantes condiciones que llevan a las personas a adoptar un estilo de vida ya sea saludable o no; en ésta se incluyen los hábitos de alimentación, el tiempo de ocio y descanso, el deporte, entre otros.
- Clase o nivel socioeconómico: es un factor fundamental al momento de llevar un estilo de vida saludable, ya que si se pertenece a una clase media o alta se tendrán muchas más alternativas al momento de poder elegir una alimentación adecuada, y no sólo la alimentación sino también el acceso a la salud; mientras que para una persona de un nivel socioeconómico bajo, sus opciones se verán limitadas por la escasez de sus recursos económicos.
- Estados emocionales.
- Autoestima.
- Grado de urbanización.

La aplicación del Modelo de Promoción de la Salud de Pender, es un marco integrador que identifica la valoración de conductas en las personas, de su estilo de vida, del examen físico y de la historia clínica, estas actividades deben ayudar a que las intervenciones en promoción de la salud sean pertinentes y efectivas y que la información obtenida refleje las costumbres, los hábitos culturales de las personas en el cuidado de su salud.

Este modelo continúa siendo perfeccionado y ampliado en cuanto a su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influyen en las modificaciones de la conducta sanitaria.

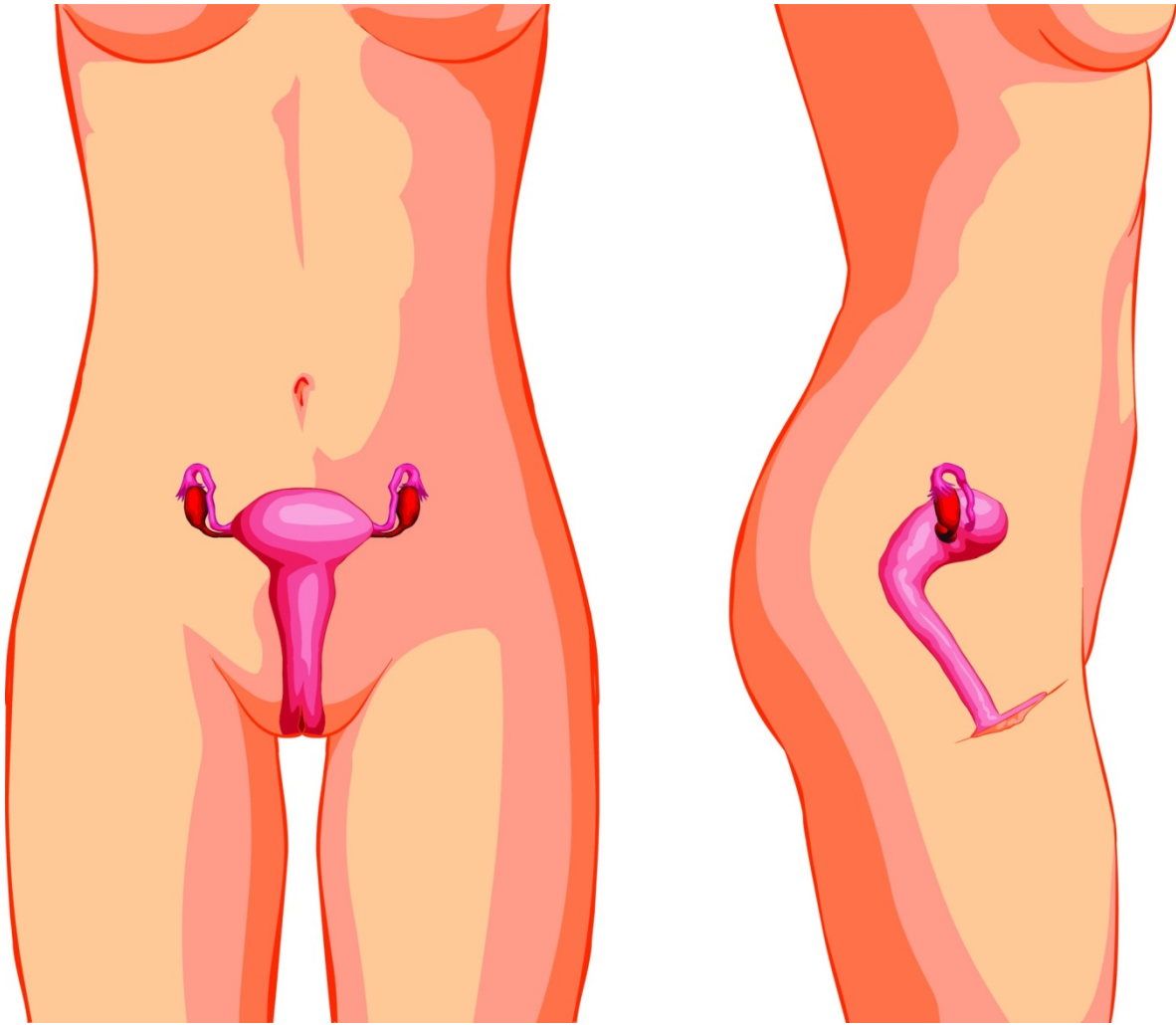
Modelo de Promoción de Salud de Pender. 1996.

Pender considera el estilo de vida como un patrón multidimensional de acciones que la persona realiza a lo largo de la vida y que se proyecta directamente en la salud; para comprenderlo se requiere el estudio de tres categorías principales:

1. las características y experiencias individuales.
2. la cognición y motivaciones específicas de la conducta.
3. el resultado conductual.

El modelo de promoción de la salud de Nola Pender sirve para integrar los métodos de enfermería en las conductas de salud de las personas. Es una guía para la observación y exploración de los procesos biopsicosociales, que son el modelo a seguir del individuo, para la realización de las conductas destinadas a mejorar la calidad de vida a nivel de salud.

Diferentes métodos de Planificación Familiar: O.T.B.



La oclusión tubaria bilateral es un método anticonceptivo permanente, considerado una cirugía de esterilización femenina que consiste en la obstrucción de ambas trompas uterinas, donde se separan, se ligan y se cortan los polos para dar un mayor rango de seguridad.

El mejor momento para hacerlo es después de haber tenido un hijo y las candidatas ideales son aquellas mujeres que estén satisfechas con el número de hijos al momento.

Consiste en realizar una pequeña incisión quirúrgica, que se puede efectuar a través del ombligo en el momento inmediato a la atención del parto, o a nivel del nacimiento del vello púbico; también se puede realizar durante una cesárea.

Algunos beneficios de la OTB de acuerdo a datos de la Secretaría de Salud son:

Su efectividad anticonceptiva es inmediata

No interfiere con la relación sexual

No interfiere con la lactancia

Favorece el disfrute de la relación sexual sin el temor de un embarazo

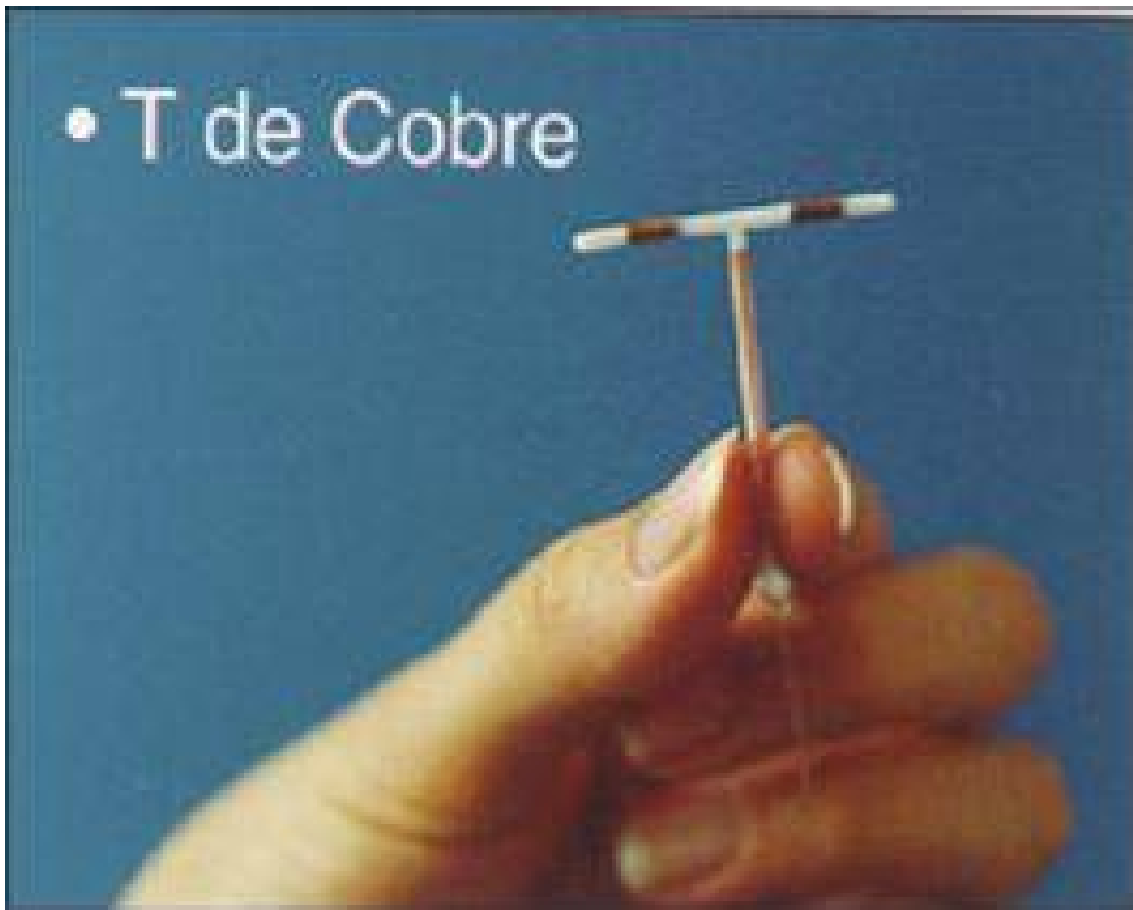
No aumenta el período de hospitalización posterior al parto, cesárea o aborto

No tiene efectos secundarios para la salud de la mujer

Tiene efecto protector contra el cáncer de ovario

La recuperación posterior a la cirugía es rápida (7 días en promedio)

DIU



El DIU (Dispositivo Intrauterino) es un objeto pequeño de plástico (polietileno) flexible que mide 4 cm aproximadamente. Existen varios tipos de DIU, los más comunes son:

- Los que contienen cobre
- Los que liberan la hormona progestina.

Puede tener diferentes formas, pero la más común es una "T".

Se coloca dentro del útero para ofrecer protección anticonceptiva y tiene unos hilos guía para su localización y extracción.

Su función es alterar las condiciones del útero para dificultar el paso de los espermatozoides y evitar que lleguen al óvulo. Su acción es local e inmediata. Es un método anticonceptivo que ayuda a prevenir embarazos no planeados pero no protege contra infecciones de transmisión sexual.

La efectividad del DIU es de 95 a 99%. La posibilidad de falla depende de la técnica utilizada, de una inadecuada colocación y de que la paciente no acuda a sus revisiones oportunamente.

Hasta 10 años, dependiendo del tipo de DIU de que se trate. Al terminar el periodo de efectividad, si la usuaria desea continuar protegiéndose con este método debe reemplazarlo por otro en el mismo momento.

Recomendado para

Mujeres con vida sexual activa, incluyendo adolescentes

Mujeres lactando

Mujeres que no pueden usar métodos hormonales

No es recomendable que una mujer que nunca haya tenido relaciones sexuales utilice el DIU, debido a que al insertarlo puede ser que haya una ruptura del himen.

Sí, las jóvenes y las mujeres que todavía no han tenido hijos pueden usar un DIU, más pequeño, especial para este tipo de mujeres.

No hay restricción en cuanto a edad, pero deberá usarlo bajo indicación médica.

Contraindicaciones:

Las mujeres que están embarazadas o sospechan estarlo, ya que al colocarse el DIU durante el embarazo se puede provocar un aborto.

Mujeres con flujo vaginal por infección, ya que el DIU puede agravarla, de manera que la infección debe tratarse antes de colocar el dispositivo intrauterino.

Mujeres que padecen infecciones de transmisión sexual, debido a que el DIU puede agravar la infección.

Mujeres con infección en las tubas uterinas o útero, ya que el DIU puede agravar la infección en el aparato reproductor.

Mujeres que padecen cáncer en el cuello de la matriz, en el endometrio, que tienen algún tumor en la cavidad uterina o padecen de enfermedad pélvica inflamatoria, ya que pueden agravarse.

Mujeres con períodos menstruales dolorosos o abundantes, pues el DIU puede ocasionar que estos padecimientos aumenten su intensidad.

Mujeres con historia de embarazos ectópicos, ya que es más probable que hayan tenido una infección pélvica. El tener un DIU no disminuye el riesgo de infección pélvica

Mujeres que tienen riesgo de contraer una infección de transmisión sexual, ya que al presentarse esta situación se corre el riesgo de desarrollar enfermedad pélvica inflamatoria y sufrir infertilidad.

La mujer que tiene una infección de transmisión sexual o la ha tenido en los últimos tres meses no debe usar el DIU. Si recibe un tratamiento adecuado, se le puede colocar el DIU posteriormente.

Las irregularidades menstruales no deben condicionar el uso del DIU. Es importante tomar en cuenta que con el DIU los sangrados menstruales aumentan y puede que ocurra sangrado intermenstrual, pero con el tiempo esto se reduce.

Molestias que puede provocar el DIU:

Cólicos. La mujer puede tomar un analgésico o ponerse una bolsa de agua caliente en el abdomen.

Sangrado en una relación coital que se tenga inmediatamente después de la inserción o extracción del DIU, pero éste no es peligroso.

Recomendaciones en el uso del DIU

Antes que nada la usuaria tendrá que recibir consejería sobre el procedimiento de inserción.

Su colocación debe hacerse por personal capacitado.

La usuaria debe cerciorarse de que antes de que éste sea insertado se encuentre en un empaque cerrado y esterilizado.

Puede colocarse de preferencia durante la menstruación, pero si se está seguro de que no hay embarazo, se puede hacer cualquier otro día. También puede colocarse posparto, transcesárea y postaborto, siempre y cuando no exista la presencia de infecciones pélvicas.

Se hará una exploración pélvica previa a la colocación del DIU, para que el especialista conozca la forma, tamaño y posición del útero.

Acudir a la primera revisión entre la cuarta y sexta semanas posteriores a la inserción del dispositivo.

La segunda revisión deberá hacerse a los seis meses y posteriormente cada año.

HORMONAL INYECTABLE



Hay dos presentaciones de hormonales inyectables (contienen estrógeno y progesterona, hormonas similares a las producidas por la mujer) de aplicación mensual; y una presentación que contiene sólo progestina de aplicación trimestral.

Las inyecciones anticonceptivas que contienen hormonales combinados pueden ser usadas por toda mujer sana que desee evitar o espaciar temporalmente sus embarazos, y que haya recibido consejería previamente.

Las inyecciones hormonales que contienen sólo progestina, o sea las de aplicación trimestral, se recomienda su uso en mujeres mayores de 18 años.

Como actúan:

Las inyecciones anticonceptivas contienen hormonas similares a las producidas por la mujer, evitan temporalmente el embarazo ya que impiden la ovulación y hacen que el moco que se produce en el cuello de la matriz se vuelva muy espeso impidiendo el paso de los espermatozoides al interior de la matriz.

Efectividad:

Para el caso de los anticonceptivos hormonales inyectables de aplicación mensual, la efectividad es alta desde el primer día de su uso, siendo mayor al 99%, siempre y cuando se utilicen adecuadamente.

Para el caso de los anticonceptivos hormonales inyectables de aplicación trimestral, la efectividad es alta, en el primer año de su uso. Si se administran regularmente la efectividad es mayor al 99%.

Las inyecciones hormonales anticonceptivas se aplican por vía intramuscular en el glúteo.

Para el caso de los anticonceptivos inyectables de aplicación mensual:

La primera inyección se aplica entre el primer y quinto día de la menstruación.

Posteriormente las siguientes inyecciones se aplican cada 30 días, sin dejar pasar más de 3 días para asegurar la eficacia anticonceptiva del método.

Si la inyección no se aplica en la fecha indicada, es necesario utilizar preservativo masculino hasta la siguiente menstruación para su aplicación correcta; si no se presenta la menstruación deberá acudir a su clínica.

Para el caso de los anticonceptivos inyectables de aplicación trimestral:

La primera inyección se aplica entre el primer y séptimo día de la menstruación.

Posteriormente las siguientes inyecciones se aplican cada 90 días, sin dejar pasar más de 3 días para asegurar la eficacia anticonceptiva del método.

Si la inyección no se aplica en la fecha indicada, es necesario utilizar preservativo hasta la siguiente menstruación para su aplicación correcta. Si no se presenta la menstruación deberá acudir a su clínica.

El primer sangrado después de la primera inyección puede adelantarse una o dos semanas a la fecha prevista, esto es normal por lo que las inyecciones subsecuentes se aplican cada 30 días sin tomar en cuenta ya los días de la menstruación.

En algunas mujeres pueden llegar a desaparecer las menstruaciones durante el uso de las inyecciones, esto es un efecto por el tipo de hormona que contienen y no representa ningún daño para la salud siempre y cuando las inyecciones se estén utilizando en forma adecuada. En caso contrario, si no se presentara la menstruación, y se presentan náuseas, mareos, vómitos dolor mamario, inflamación del vientre; se deberá descartar embarazo, por lo que se deberá acudir con su médico a revisión.

Beneficios adicionales a la anticoncepción:

Disminuye la cantidad y días del sangrado menstrual

Disminuye las molestias relacionadas con la menstruación (cólicos, dolor mamario)

Disminuye o desaparece el acné (barros y espinillas)

Disminuye el grosor del vello

Disminuye el riesgo de cáncer de ovario y cáncer de la matriz

Disminuye la probabilidad de infecciones de la matriz, trompas y ovarios

Disminuye la posibilidad de presentar quistes de ovarios y mamaros.

Reacciones secundaria:

Algunas mujeres pueden llegar a presentar dolor de cabeza, náuseas o mareos, manchas en la piel, cambios en la menstruación, habitualmente estas molestias son pasajeras y disminuyen gradualmente.

Uso:

Se recomienda su uso continuo hasta por cinco años, y no se acumulan en el cuerpo.

Al suspender su uso, el retorno a la fertilidad es prácticamente inmediato.

Las inyecciones anticonceptivas no causan cáncer, ni anemia, ni cambios en el carácter.

IMPLANTE



Es una varilla flexible que contiene una hormona derivada de la progesterona, que evita la ovulación y hace más espeso el moco del cuello del útero, evitando con ello el paso de los espermatozoides al interior del útero. Puede ser usado en mujeres sanas en cualquier etapa de la vida reproductiva.

Es un anticonceptivo temporal altamente eficaz a partir de las 24 horas de su aplicación. Su efectividad es mayor al 99.5%.

Una vez aplicado el implante Hormonal Subdérmico por personal médico capacitado, su efecto anticonceptivo dura 3 años.

Se aplica en forma subdérmica en la cara interna del brazo, previa aplicación de anestesia local.

La aplicación es rápida y sencilla, debiendo ser realizada por personal médico capacitado.

La aplicación se realiza en el consultorio médico y no requiere de hospitalización.

Después de la aplicación se podrán realizar con normalidad las actividades diarias.

RECOMENDACIONES:

El área donde se aplicó debe mantenerse seca por 24 hrs.

Se debe aplicar un vendaje sin demasiada presión en la zona conservándolo durante 24 hrs.

Se debe evitar lastimar el área

En ocasiones aparece un pequeño hematoma o moretón, el cual desaparece sin causar daño.

Reacciones secundaria:

Puede haber sangrado o manchado entre los períodos menstruales

Dolor de cabeza y mamario

Mareo y náuseas

Puede haber ausencia de la menstruación

El dolor de cabeza y mamario, los mareos, las náuseas y el manchado intermenstrual son síntomas que no afectan su salud y desaparecen. La falta de menstruación no produce alteraciones en la salud, sólo se trata de un efecto del implante, lo cual se explica durante la consejería previa a la aplicación.

Recomendaciones:

Se recomienda una revisión médica a los 7 días de su aplicación, para verificar que no haya datos de infección en el sitio de la aplicación o de expulsión del implante.

Al mes posterior a su aplicación, para aclarar dudas, o atender algún efecto secundario.

Posteriormente, cada año hasta que termine la efectividad anticonceptiva del implante, o cuando lo requiera la mujer.

Es importante que al término de la efectividad anticonceptiva (3 años), la usuaria deberá acudir puntualmente a su unidad médica para que el implante sea retirado por personal médico capacitado.

Acuda puntualmente a sus citas de revisión y seguimiento, y acuda con su médico ante cualquier duda.

CONDON



El condón masculino es una funda de hule (látex) impermeable que se coloca en el pene erecto, cubriéndolo en su totalidad antes de la relación sexual.

Impide el paso de espermatozoides hacia la vagina durante la relación sexual, ya que el esperma se queda en el preservativo y evita así la fecundación del óvulo, para tal fin, el condón en su punta tiene una pequeña bolsita que disminuye la posibilidad de fugas.

Además, si se usa correcta y consistentemente disminuye la posibilidad de contagio de infecciones de transmisión sexual.

Si bien su efectividad como método anticonceptivo es variable (85 al 95%), la posibilidad de falla puede disminuir usándolo correcta y consistentemente en todas las relaciones sexuales.

Recomendaciones:

Verificar la fecha de caducidad

Abrir el paquete cuidando de no romper el condón

Colocar el condón sin desenrollar en la punta del pene erecto

Apretar la punta del condón mientras se extiende hasta que cubra todo el pene, evitando así que queden burbujas de aire que pueden romperlo durante la relación o provocar escurrimientos

Si el hombre no está circuncidado, deberá retraer la piel del pene hacia atrás hasta liberar el glande (cabeza del pene)

Después de la eyaculación (salida del esperma) y antes de perder la erección, el pene debe ser retirado de la vagina sujetando el extremo abierto del condón evitando que se derrame el esperma

Usar un nuevo condón en cada relación

Los condones nunca deben ser reutilizados

Ventajas:

Es el único método anticonceptivo temporal que implica la participación activa del hombre en la planificación familiar

Disminuye la posibilidad de infecciones transmitidas sexualmente incluyendo el SIDA

Son seguros, ya que no ocasionan efectos colaterales

Puede ser usado por hombres de cualquier edad

Son fáciles de conseguir y pueden ser adquiridos en muchos lugares (Unidades de Medicina Familiar, farmacias, supermercados, etc.)

Ayudan a prevenir la eyaculación prematura

El uso del preservativo no disminuye la sensibilidad ni dificulta la eyaculación y el orgasmo

Algunos hombres pueden sostener una relación sexual durante más tiempo cuando usan condón masculino, esto resulta más gratificante tanto para él como para su pareja

Desventajas:

El condón puede dañarse si se almacena demasiado tiempo, por calor extremo, exposición al sol o a la humedad; al evitar esto se disminuye la posibilidad de que se rompa.

La posibilidad de que el condón se rompa o se deslice durante la relación sexual es mínima. Sin embargo, si esto sucediera, deberás acudir con tu médico para que te proporcione información específica.

La posibilidad de derrames o que el condón masculino quede dentro de la vagina si el pene se retira después de que se ha perdido la erección es mínima si se siguen correctamente las instrucciones para su uso.

Sin embargo, si esto sucediera, deberá acudir lo más pronto posible con tu médico para que te proporcione información específica.

PARCHE



Es un parche de plástico delgado, cuadrado, adherible el cual se pega a la piel y libera hormonas similares a las que produce la mujer, absorbiéndose a través de la piel, inhibiendo la ovulación y haciendo más espeso el moco del cuello del útero, evitándose con ello un embarazo no planeado.

Cualquier mujer sana con deseo de evitar temporalmente un embarazo puede emplearlos, y que haya recibido consejería previamente. Es un anticonceptivo temporal altamente eficaz a partir de las 24 horas de su aplicación. Si se usa correctamente su efectividad es del 99%.

Recomendaciones:

La caja contiene 3 parches anticonceptivos

El primer parche se aplica durante las primeras 24 hrs. de haber iniciado la menstruación

Cada parche se aplica una vez por semana y se cambia cada semana el mismo día por tres semanas consecutivas

En la cuarta semana no se aplica el parche y es donde se presenta la menstruación

A la quinta semana se inicia una nueva caja de tres parches siguiendo las mismas indicaciones

Aplicar el parche en un área de piel seca y limpia, debiendo evitarse el uso de cremas, polvos, aceites o maquillaje en la zona donde se aplique, con lo que se asegura se adhiera correctamente

El parche tiene una cubierta de plástico transparente, la cual se deberá levantar de una esquina de la cubierta y remueva hasta llegar a la mitad, evitando en todo momento tocar la superficie adhesiva del parche, pegándola en un área de piel seca y limpia, removiendo a continuación el resto de la cubierta de plástico

Asegúrese de que los bordes del parche estén bien pegados y oprima firmemente con la palma de la mano durante 10 segundos

Retira el parche a los 7 días y aplica uno nuevo inmediatamente, hasta el término de los 3 parches que contiene la caja

No aplicarlo en el mismo lugar

Después del baño diario verificar que no esté despegado

Si el parche se despegas parcial o totalmente, retírelo y coloque otro parche inmediatamente

Desventajas:

Puede haber sangrado o manchado entre los períodos menstruales

Dolor de cabeza

Aumento de la sensibilidad mamaria

Mareo, náuseas y vómito

Puede haber enrojecimiento o irritación en el sitio de aplicación

Estos síntomas no afectan la salud y casi siempre desaparecen en los 3 primeros meses de uso.

Se debe revisar:

Al mes de usar el parche anticonceptivo a su aplicación

Cuando lo requieras para aclarar dudas, o atender algún efecto secundario

Si los efectos secundarios son persistentes, acude de inmediato con tu médico

1.2 PROBLEMA DE INVESTIGACION

De acuerdo a la resolución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud reproductiva es la piedra angular del desarrollo humano, tanto individual como social. El concepto de salud Reproductiva ha rebasado el ámbito biológico y ha pasado a considerar los aspectos afectivos y culturales, así como las consecuencias para el desarrollo sostenible. El concepto actual ve la salud reproductiva como una parte esencial del desarrollo Individual y humano. Se basa en los derechos y los deberes humanos, tanto individuales como sociales. Abarca los principios de la equidad y el respeto por la libre determinación, considerando la Integridad bio-psico-social de los seres humanos e incorporando la perspectiva de género. En el plano individual, la salud reproductiva es una constante a lo largo de

todo el ciclo de vida. Se extiende a las familias y los grupos comunitarios y tiene que ver con la Interacción entre la población y el ambiente. La salud Reproductiva se refiere a las personas y sus relaciones, sus valores, su sentido de la ética y sus esperanzas en el futuro. Es posible que no haya ningún a otra esfera sanitaria que influya tan profundamente en las personas y las sociedades. Muchas inquietudes en cuanto a la salud reproductiva, comunes a todos los sistemas de creencias y valores, tienen consecuencias importantes para el campo de la salud pública. La salud reproductiva no abarca solamente la planificación familiar y la anticoncepción, sino que tiene un campo de acción más amplio en la vida familiar y el desarrollo humano. Incluye la educación sexual, la maternidad sin riesgo, el control de las infecciones de transmisión sexual, la atención de las complicaciones del aborto, la incorporación de la perspectiva de género y la prevención de la violencia de género. La Organización Mundial de la Salud ha definido a la salud reproductiva como “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.” En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una Vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información, consejería y acceso a métodos anticonceptivos de su elección, seguros y eficaces. Los derechos reproductivos son parte de los derechos humanos Reconocidos en nuestras leyes nacionales y en tratados internacionales avalados por la Organización de Naciones Unidas y ratificados por México. Se fundamentan en el reconocimiento del derecho básico de todos los individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva.. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia. La Norma Oficial Mexicana de Planificación Familiar NOM-005-SSA2-1993, Modificada define a la Planificación Familiar como “el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener al respecto la información específica y los servicios idóneos”. El ejercicio de este derecho es independiente del género, la preferencia sexual, la edad y el estado social o legal de las personas.

Tener acceso a información y servicios sobre la salud sexual y reproductiva es fundamental para las personas. La pobreza y los indicadores de salud reproductiva están íntimamente ligados. Las poblaciones con mayor pobreza y marginación presentan indicadores más desfavorables, como mayores complicaciones obstétricas y perinatales, mayor tasa de mortalidad materna y neonatal, inicio temprano del ejercicio de la sexualidad, altas prevalencias de infecciones de transmisión sexual, entre otras. Todo lo anterior, contribuye a una mayor deserción escolar en las mujeres, menores Oportunidades de empleo, condiciones de vida precaria para sus hijos como desnutrición, lo que perpetúa el círculo vicioso de la pobreza. Invertir en la salud reproductiva, permite disminuir la inequidad social y hacer un reparto más justo de los recursos económicos, educativos, laborales y sociales, pero sobre todo, que las personas ejerzan plenamente sus derechos y aspiraciones reproductivas. Fortalecer las acciones y los programas de salud reproductiva, particularmente en las poblaciones con mayor rezago es un imperativo ético, de derechos humanos y de desarrollo social.

Equidad de Género Un aspecto que es indispensable tomar en cuenta para enfrentar de manera adecuada y efectiva los aspectos relacionados con salud sexual y reproductiva es la perspectiva de género en la salud. A lo largo de la historia se han justificado como “naturales”, muchas de las diferencias que se observan cotidianamente en la distribución de tareas, derechos, y obligaciones entre hombres y mujeres y que han colocado a las mujeres en una situación de subordinación, incorporándolas a las costumbres y tradiciones de cada cultura y grupo social. Sin embargo, la realidad es que están determinados socialmente los roles entre ellos. En el caso de la salud los roles y relaciones de género tienen impactos negativos en las mujeres. La subordinación y falta de autonomía en la toma de decisiones se constituye en barreras para el conocimiento y adopción de métodos anticonceptivos. Las instituciones de salud frecuentemente no toman en cuenta las necesidades específicas por género para brindar servicios y refuerzan los estereotipos femeninos que ponen en segundo término el cuidado de la propia salud a favor del cuidado de los otros, mientras que por otro lado no consideran por ejemplo que los horarios de atención se convierten en una barrera de acceso para los hombres a los servicios de salud preventiva, diagnóstico temprano y atención oportuna. Las inequidades en salud que todavía caracterizan a nuestro país por causa geográfica, cultural, étnica, socioeconómica, edad, género o discapacidad, solo pueden resolverse a través de los esfuerzos coordinados de todos los sectores y por medio de políticas de población, desarrollo, educación y

salud que respondan a este objetivo. El propósito fundamental es disminuir las diferencias en los indicadores relacionados con esta materia entre las diversas regiones del país, con especial énfasis en las áreas rurales y los municipios de alta y muy alta marginación, tomando como base la estrategia propuesta por la 55ª Asamblea Mundial de la Salud para acelerar el avance hacia el Logro de los Objetivos y Metas Internacionales de Desarrollo relacionados con la salud reproductiva. El principio rector para el abordaje de la salud reproductiva se basa en el respeto a los derechos humanos internacionalmente acordados y sobre declaraciones mundiales de consenso, mismos que se retoman para el desarrollo de los programas nacionales en salud.

TITULO

Factores que influyen a las pacientes de post- parto y post-cesárea del servicio de Ginecología y Obstetricia que no utilicen los métodos de planificación familiar del Hospital General de Zacatlán del periodo 2014.

1.3 PREGUNTA

¿Cuáles son los factores que influyen a las pacientes de post-parto y post-cesárea del servicio de ginecología y obstetricia que no utilicen los métodos de planificación familiar del Hospital General de Zacatlán?

1.4 OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores que influyen al no utilizar los métodos de Planificación Familiar en las pacientes de post-parto y post-cesárea del servicio de Ginecología y obstetricia del Hospital General de Zacatlán.

1.5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.-Identificar los métodos de Planificación Familiar que se utilizan con mayor frecuencia.
- 2.-Nivel de conocimiento de los Métodos de Planificación Familiar en las mujeres Puérperas.
- 3.-Identificar el nivel de conocimiento de las enfermeras sobre los métodos de Planificación Familiar.

1.6 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION

La realización de esta investigación es con objetivo de conocer los métodos de planificación familiar más usados, este trabajo fue realizado debido a la preocupación e interés que causo el tema de Planificación familiar ya que de acuerdo a observaciones, el problema de que los usuarios, no utilizan los diferentes métodos de Planificación familiar provocado por la falta de concientización.

Por lo que preocupa este problema, debido a los riesgos que corren las puérperas después de 1 o más Partos, considerando la edad adecuada para la procreación

Agregando enfermedades propias del embarazo u complicaciones trans o post parto.

Por el motivo anterior la realización de esta investigación se espera que la misma otorgue beneficios a muchos sectores de la sociedad; como son: las familias de esta comunidad y al proporcionar beneficios a todos los usuarios también se estarán beneficiando otros sectores; pero primordialmente se estará beneficiando a la sociedad.

Es muy importante encontrar una solución al problema ocasionada por la falta de concientización y con este trabajo se espera cumplir esta meta y también se

espera que el presente trabajo sirva de apoyo a todas aquellas personas que lo necesiten, pues contiene información necesaria para entender el tema de la Planificación familiar y también está conformado con una serie de métodos y sugerencias que ayudaran.

Cuando se realizó este trabajo el tema principal era la Planificación familiar; pero con investigaciones más detalladas se fue observando que este problema surge principalmente por una variable la cual es la falta de comunicación. Con lo anterior hay que justificar que para que esta investigación tenga el sustento que requiere es necesario incluir en ella la otra variable encontrada durante el proceso y esta es la comunicación; y es por eso que también se encontrara una solución a los problemas de mala comunicación entre las Parejas para poder obtener mejores resultados.

1.7 ALCANCES Y LIMITACIONES

Los métodos de planificación familiar utilizados en pacientes de post-parto y post-cesárea en pacientes del el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General de Zacatlán, durante el periodo 2014.

CAPITULO 2

2.1 MARCO TEORICO

Participación en la Planificación Familiar, en estos años, muchos investigadores, entre ellos Boris Rubio y Manuel Mateos Cándano, a nivel privado; Jorge Martínez Manautou y Gregorio Pérez Palacios, en el Instituto Nacional de la Nutrición; Sergio Correu en la Fundación para Estudios de la Población; Juan Giner, Ramón Aznar y Roger Lara, en el Instituto Mexicano del Seguro Social; José Antonio Ruíz Moreno, en el Hospital Militar; y José Arias Huerta y el que esto escribe, en el Centro Materno La década de los sesenta marca la etapa en la que México inicia su Infantil .Maximino Ávila Camacho iniciaron la organización de servicios en los que se atendían a gran Número de mujeres demandantes de métodos anticonceptivos y, además, en los que se investigaban nuevos hormonales anticonceptivos, nuevos dispositivos intrauterinos pero, sobre todo, en los que se iban acumulando experiencias de una nueva subespecialidad. Sus aportaciones fueron presentadas en reuniones y en congresos de ginecología y obstetricia mexicanos, de tal manera que lograron que la planificación familiar se empezara a conocer en el medio en el que se desarrollaban, y permitieron incluir mayor número de adeptos a su práctica. Al iniciarse la década de los setenta, las presiones feministas en México en favor de la anticoncepción son ya evidentes, particularmente a consecuencia de la información proveniente de Estados Unidos, en donde el uso de la anticoncepción hormonal está muy difundido. Por otra parte, el sector gubernamental comienza a escuchar con atención, las corrientes científicas del área de la demografía, representadas, entre otras, por El Colegio de México, que hacían énfasis en el rápido crecimiento poblacional de nuestro país, ya que en sólo 20 años el número de sus habitantes se Había duplicado, lo que predecía que tal duplicación se haría cada vez en periodos más cortos. Por eso, al tomar posesión de la Presidencia de la República el Lic. Luis Echeverría (quien paradójicamente usó como uno de sus lemas durante su campaña electoral la frase: (Gobernar es poblar.) sus más cercanos colaboradores, y en particular el Lic. Mario Moya Palencia y el Dr. Jorge Jiménez

Cantú, iniciaron una serie de consultas entre los diferentes sectores sociales de nuestro país, especialmente el Sector Salud, con el fin de conocer sus puntos de vista en relación con la posible oficialización de la planificación familiar, la cual tenía opiniones muy encontradas.

La respuesta mayoritaria de esos sectores fue favorable a la legalización de los servicios de planificación familiar; por lo cual Moya Palencia compareció en la Cámara de Diputados¹⁶ para proponer el texto de la nueva Ley General de Población y luego de una sesión muy debatida, se logró la aceptación de la misma y su promulgación: el 7 de enero de 1974. Es necesario leer con atención la fracción II, del artículo 3o, ya que este texto dio origen a la oficialización de los servicios de planificación familiar en México, la cual responsabilizó al sector salud y al sector educativo de su aplicación, y ordenó que ésta se llevara a cabo con absoluto respeto a los derechos fundamentales del hombre y preservara la dignidad de las familias. Es oportuno recordar que en este año se cumplieron los primeros 25 años de su Vigencia. Sin embargo, el gobierno de la República consideró que esa ley no era suficiente. Que era necesario que los ordenamientos de la misma quedaran plasmados a nivel Constitucional, y por esta razón, propuso a todos y cada uno de los Congresos Estatales la inclusión de un nuevo artículo en nuestra Carta Magna, que protegiera los derechos de la mujer y la familia. Fue así, cuando el 31 de diciembre de 1974, por acuerdo unánime de todos los estados de la República, el Congreso de la Unión promulga el Artículo 4o. Constitucional, que también es importante leer con atención, porque por primera vez en la Historia de México, en dicho artículo se establece: la igualdad de géneros, la obligación del Estado de proteger la organización y el desarrollo de la familia, y el derecho de toda persona a la planificación familiar. Después de estos cambios legislativos se efectuaron otros obligados, como la creación de la Dirección Ley General de Población Artículo 3o.II. Realizar programas de planificación familiar a través de los servicios educativos y de salud pública de que disponga el sector público, y vigilar que dichos programas y los que realicen organismos privados, se lleven a cabo Con absoluto respeto a los derechos fundamentales del hombre y preserven la dignidad de las familias.....Diario Oficial: 7 de Enero de 1974 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos Artículo 4o.

El varón y la mujer son iguales ante la Ley. Ésta protegerá la organización y el

desarrollo de la familia. Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos.

Diario Oficial: 31 de Diciembre de 1974 General de Atención Materno Infantil y Planificación Familiar, de la SSA, que con la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud empezó a estructurar los servicios correspondientes. Pero además, en el orden académico, los dirigentes de las instituciones clínicas y hospitalarias más importantes De aquél entonces, incluyeron a la planificación familiar como una disciplina fundamental en su estructura docente-asistencial. Fue Memorable una de las mesas redondas efectuadas durante la XXI Asamblea Nacional de Cirujanos en 1974, en la cual dichos dirigentes Avalaron el valor científico de la planificación familiar. Dado que para entonces el Sector Salud aún no estaba estructurado como ahora, Hubo necesidad de crear la Coordinación Nacional de Planificación Familiar, que tuvo como función coordinar las acciones de la propia Secretaría de Salubridad y Asistencia, así llamada en aquel entonces, con las del IMSS y las del ISSSTE, que siempre han constituido los organismos de salud con mayor número de derechohabientes. De común acuerdo, y atendiendo las normas establecidas por esa Coordinación, estos tres organismos integraron grupos Multidisciplinarios durante el periodo de 1977 a 1982, que se desplazaron a cada una de las unidades clínicas y hospitalarias de sus respectivas instituciones, para capacitar a la totalidad del personal de salud en las diversas áreas de la planificación familiar. Lograda la infraestructura de los servicios de planificación familiar del país, Durante el segundo quinquenio de la década de los setenta, hubo necesidad de evaluar los resultados obtenidos. Para el efecto se Realizaron dos encuestas nacionales sucesivas: una, la Encuesta Mexicana de Fecundidad, en 1977; y otra, la Encuesta Nacional de Prevalencia en el Uso de Métodos Anticonceptivos de 1978. Los resultados mostraron el rápido impacto que los programas de planificación familiar habían tenido sobre las tasas de crecimiento Natural del país, mismos en los que se basó el Consejo Nacional de Población para proyectar el incremento que tendría la población para el año 2000 de acuerdo a tres hipótesis alternativas.¹⁷ La primera Consideraba que en 1980 nuestra población sería de 69 millones 300 mil habitantes, y que a partir de entonces, si se suspendían los programas de planificación familiar, nuestro crecimiento natural en el año 2000, regresaría prácticamente al existente en los años setenta, de 3.2% anual; que si dichos programas no se suspendían, pero Declinaban en sus acciones, se obtendrían indudablemente Beneficios, pero

nuestro crecimiento natural Disminuiría sólo a 2.1% anual, lográndose que nuestra población fuera de 106 millones y medio de habitantes a principios del siguiente siglo; pero que si las acciones de los programas de planificación familiar Continuaban con el mismo ritmo con el que se habían iniciado, nuestro crecimiento natural se reduciría en el año 2000 a 1.4% anual, y para entonces nuestra población sería de 100 millones de habitantes, modificándose así sustancialmente nuestra pirámide poblacional por grupos de edad, particularmente en su base.

La evolución subsecuente de los programas de planificación familiar ha comprobado que las acciones de éstos no sólo no disminuyeron, sino que por el contrario, se han incrementado. Esto gracias a que en el curso de los años se han difundido, aunque con poco éxito, las Ventajas de nuevos métodos de abstinencia sexual periódica (método de Billings) y de barrera; se han incluido en el arsenal anticonceptivo las protestonas de 2a. y 3a. generación, con todas sus ventajas; se Han ampliado las vías de administración de la anticoncepción esteroide, incluyendo la subdérmica; se están aplicando diversos diseños de dispositivos intrauterinos activados con cobre; y se han aprovechado los avances tecnológicos de la cirugía actual, Particularmente la laparoscopia y la microcirugía. Sin embargo, lo más importante, es que el Programa de Planificación Familiar de México es ya reconocido en todo el mundo, gracias a sus alcances y a las comunicaciones que nuestros investigadores han presentado en los foros de todos los continentes; y gracias también a la formación de muchos recursos humanos, en pre y en posgrado, responsables de Incrementar el interés profesional, en esta ya importante subespecialidad de la ginecología y la biología de la reproducción. Así, se llega al ocaso del siglo XX. Al Sector Salud, lógicamente, le ha interesado sobre todo el impacto que la planificación familiar ha tenido en la salud reproductiva, que fue la única inquietud que tuvimos los que, desde el principio, ofrecimos los recursos anticonceptivos a Nuestras pacientes, no porque consideráramos que ya éramos muchos en nuestro país, lo cual ni siquiera sabíamos, sino porque ellas nos los demandaban en beneficio de su salud, a sabiendas de Que la multiparidad había deteriorado sus condiciones biológicas. Y en este sentido, el Sector Salud se debe considerar no sólo satisfecho, Sino también orgulloso, porque después de 30 años la salud reproductiva de nuestras mujeres ha sufrido cambios evidentes.

La planificación familiar ha logrado prevenir, en una muy alta proporción, el embarazo no deseado; y este efecto, por sí solo, bien podría haber sido su única justificación, ya que del mismo se derivan la mayoría de sus impactos en salud. Sin embargo, además, ha contribuido a disminuir considerablemente las tasas de mortalidad Materna, perinatal e infantil, y constituye la mejor medida preventiva

Para evitar el embarazo de alto riesgo. Su práctica obliga a revisiones ginecológicas periódicas que favorecen la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones del tracto reproductivo, así como el Diagnóstico oportuno de las displasias cervicouterinas. Y el uso de los esteroides anticonceptivos combinados, ha permitido reducir la frecuencia de los cánceres ovárico y endometrial, así como la de los tumores mamarios benignos y la de los quistes no neoplásicos de los ovarios. En fin, la planificación familiar ha logrado impactar Benéficamente, no sólo la salud biológica, sino también la salud psicológica y social de las parejas sexuales. Y todos estos impactos en salud se comprueban, día con día, en las múltiples publicaciones nacionales y extranjeras, que siendo tan numerosas, han obligado a editar libros y revistas dedicadas exclusivamente a esta Subespecialidad. Pero, además, paralelamente, el Sector Salud, por Ser una de las figuras responsables del cumplimiento de nuestra legislación demográfica, ha permitido impactar con los programas de planificación familiar las cifras de crecimiento poblacional, ya que ha cubierto plenamente la demanda de servicios, cada vez mayor, que se ofrece a la población a través de los sectores educativos y de comunicación. En efecto, la planificación familiar ha logrado disminuir Las tasas de natalidad de nuestra población, y, así como su tasa global de fecundidad y su tasa de crecimiento natural. En 1990, el Censo de Población y Vivienda, levantado en ese año, comprobó que México Tenía 81 millones 100 mil habitantes en 1998, el Consejo Nacional de Población comunicó que los estudios más recientes revelaban que nuestra población era de 96 millones 300 mil habitantes en ese momento.¹⁹ Estas cifras demuestran los impactos demográficos que los programas de planificación familiar han tenido apenas en 30 años, dentro de los cuales hay que destacar el obtenido sobre la tasa de crecimiento natural, que en 1980 era de 2.7% anual y se redujo a 2.3% en 1990, para seguirse reduciendo a 1.8% el año pasado. Asimismo, la tasa global de fecundidad, es decir, el número de hijos que en promedio tiene una mujer durante su vida reproductiva, se redujo de 4.4 en 1980, a 3.3 en 1990 y a 2.5 en 1998.¹⁹ De esta manera, por lo que se refiere al impacto sobre El

crecimiento poblacional, que colateralmente al impacto en el área de la salud han logrado los programas de planificación familiar, debe decirse, con énfasis, que el Sector Salud, responsable de dichos programas, alcanzó la meta que teóricamente había establecido el Consejo Nacional de Población, hace 20 años, en su mejor alternativa.

En efecto, ésta consideró en 1980 que para el año 2000 nuestro crecimiento natural sería de 1.4% anual, y en 1998 ya era de 1.8% anual, con tendencia a seguirse reduciendo en los dos años siguientes, logrando con ello que nuestra población llegue a ser Seguramente de sólo 100 millones de habitantes al iniciarse el siglo XXI. Nuestras cifras de población actual, pero en particular su tendencia descendente, constituyen la demostración de que México continúa en un proceso de transición demográfica, pero sobre todo, en un proceso de distribución más racional de sus recursos. ¿Cuál será la tendencia demográfica de nuestro país en el próximo milenio? Indudablemente, nuestra población seguirá creciendo en los próximos años, igual que seguirán creciendo las poblaciones de la mayor parte de los países del mundo. Las proyecciones de la División de Población De las Naciones Unidas, indican que la tendencia del crecimiento de la población mundial se estabilizaría en 11 mil millones de habitantes en el año 2050, en el supuesto utópico de que desde ahora la tasa global De fecundidad, adoptada en todo el mundo, fuera de 2 hijos por cada mujer. Pero si las mujeres decidieran tener 2.5 hijos en promedio durante su vida reproductiva, lo cual también es una suposición, la población mundial no sólo no se estabilizaría, sino que continuaría creciendo progresivamente hasta alcanzar la cifra de 27 mil millones De habitantes en el año 2150.20 Por lo tanto, los pronósticos poblacionales para México son francamente al crecimiento, a pesar de que ya está alcanzando en promedio la tasa global de fecundidad de 2. Y los mexicanos del futuro ¿serán capaces de afrontar los problemas que conllevará ese crecimiento? Los pesimistas de ahora consideran que nuestro país no podrá soportar la carga que determinará el gran volumen de ancianos de entonces; la demanda de trabajo que progresivamente exigirán los que vayan constituyendo la población económicamente activa; la creciente pobreza que afectará a Muchos millones de habitantes; la insoportable contaminación ambiental que producirán tantas gentes; en fin, predicen para México un caos a largo plazo. A mi manera de ver, se debe considerar que resulta absurdo hacer pronósticos a tan largo plazo, pero, en Todo caso, se debe pensar en forma optimista, recordando Que

los mexicanos siempre hemos superado nuestras adversidades, comprobando el pensamiento que reza: .el hombre y su obra se descubren cuando se miden con el obstáculo que enfrentan.

NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar.

Introducción

México está viviendo un proceso de modernización en todos los órdenes, con el propósito explícito de insertarse en una economía global a partir de una opción clara de competencia entre iguales, en cuanto a la calidad de los productos y servicios que pone a la disposición de los mexicanos y de la comunidad internacional.

Como parte de este proceso se identifica la necesidad de adecuar los marcos normativos que regulan el quehacer nacional, a fin de que respondan a las exigencias de la competencia entre países. Para lograrlo, se actualizó la Ley General sobre Metrología y Normalización, la cual entró en vigor el 1o. de julio de 1992 que señala, entre otras, las bases para la elaboración de las normas oficiales mexicanas que sustituyen a partir del 16 de octubre de 1993 a las normas técnicas que hasta entonces indicaran las características que debieran reunir los servicios y productos que se elaboran y consumen en nuestro país.

Las actividades de salud, y dentro de ellas los servicios de planificación familiar, constituyen una de las materias objeto de la actualización normativa, por su importancia para la vida de la población, su extensa cobertura de uso y la trascendencia que reviste para la calidad de vida de los mexicanos.

El presente documento contiene la Norma Oficial Mexicana de los servicios de planificación familiar, cuya elaboración fue posible gracias a la participación de las instituciones públicas, sociales y privadas del ámbito nacional que se encuentran relacionadas directamente con servicios de salud reproductiva.

Este documento describe las disposiciones generales y especificaciones técnicas para la prestación de los servicios de planificación familiar e incluye tanto la selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos, como la

identificación, manejo y referencia de casos con esterilidad e infertilidad, destacando los elementos de información, orientación y consejería.

Objeto y campo de aplicación

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

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

La planificación familiar se ofrece con carácter prioritario dentro del marco amplio de la salud reproductiva, con un enfoque de prevención de riesgos para la salud de las mujeres, los hombres y los niños; sus servicios son un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, con pleno respeto a su dignidad.

Esta Norma es de observancia obligatoria en todas las unidades de salud, para la prestación de los servicios de planificación familiar de los sectores pública, social y privada del país.

Los servicios de información, orientación, consejería, selección, prescripción y aplicación de anticonceptivos, identificación y manejo de casos de esterilidad e infertilidad, así como de prevención de enfermedades de transmisión sexual y de atención materno infantil, constituyen un conjunto de acciones, cuyo propósito es contribuir al logro del estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción y el ejercicio de la sexualidad, así como al bienestar de la población.

Los servicios de planificación familiar que se imparten por personal médico y

paramédico de las instituciones de salud, auxiliar comunitario y médicos privados, deben comprender las siguientes actividades:

Promoción y difusión.

Información y educación.

Consejería.

Selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos.

Identificación y manejo de casos de infertilidad y esterilidad.

La prestación de los servicios de planificación familiar debe ofrecerse sistemáticamente, a toda persona en edad reproductiva que acuda a los servicios de salud, independientemente de la causa que motive la consulta y demanda de servicios, en especial a las mujeres portadoras de mayor riesgo reproductivo.

Los servicios de planificación familiar deben ser gratuitos cuando sean prestados por instituciones del sector público.

Todo solicitante de los servicios de planificación familiar debe quedar protegido para evitar embarazos no deseados y prevenir el embarazo de alto riesgo, para lo cual, además de la información que reciba, se le debe proporcionar consejería adecuada y, en caso de aceptarlo, se debe prescribir o aplicar algún método anticonceptivo lo cual puede ocurrir desde la primera atención.

Todo usuario puede asistir libremente al servicio de planificación familiar para recibir atención adecuada cuando tenga alguna duda o se presente algún efecto colateral importante imputable al uso del método anticonceptivo, aun cuando no tuviera cita.

El instrumental y los materiales que se empleen para la prestación de servicios de planificación familiar, deben cumplir las condiciones de higiene y esterilización, de acuerdo a los procedimientos propios de cada método.

Los locales donde se presten los servicios de planificación familiar, deben de cumplir las condiciones higiénicas y de limpieza que garanticen la atención a los usuarios sin riesgo para su salud.

Las unidades de atención médica que presten servicios de planificación familiar

deben llevar un control de existencias de material anticonceptivo, para garantizar en forma permanente la prestación de los servicios a que se refiere esta Norma.

Los responsables de las unidades de atención médica deben verificar que el personal efectúe la prestación de los servicios de planificación familiar, atendiendo criterios de calidad, de conformidad con lo señalado por esta Norma.

Promoción y difusión

La promoción y difusión de los servicios de planificación familiar se deben efectuar a través de acciones de comunicación en medios masivos, participación social y comunitaria, técnicas grupales, entrevistas personales, y visitas domiciliarias para dar a conocer la importancia de la práctica de la planificación familiar para la salud, así como la existencia de los servicios correspondientes en unidades médicas, centros comunitarios de atención y servicios médicos privados.

Información y educación

Deben impartirse tanto a hombres como a mujeres a nivel grupal o individual y comprender los siguientes aspectos:

Sexualidad y reproducción humana desde los puntos de vista biológico, psicológico y social.

Información y orientación sobre salud reproductiva, con énfasis en los principales factores de riesgo reproductivo en las diferentes etapas de la vida, con el fin de que los individuos lleguen al autorreconocimiento de sus factores de riesgo.

Información sobre los métodos anticonceptivos disponibles para hombres y mujeres, su presentación, efectividad anticonceptiva, indicaciones, contraindicaciones, ventajas y desventajas, efectos colaterales e instrucciones sobre su uso, y si procede, información sobre su costo.

Información sobre lo que el usuario debe esperar de los prestadores de los servicios con respecto a asesoría técnica y abastecimiento de métodos anticonceptivos.

Información y orientación sobre esterilidad e infertilidad.

Consejería

Definición

La consejería en Planificación Familiar debe incluir un 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 de métodos anticonceptivos, elementos para que puedan tomar decisiones voluntarias, conscientes e informadas acerca de su vida sexual y reproductiva, así como para efectuar la selección del método más adecuado a sus necesidades individuales y así asegurar un uso correcto y satisfactorio por el tiempo que se desea la protección anticonceptiva. En parejas infértiles o estériles debe acompañarse de referencia oportuna a unidades médicas en caso necesario.

Características

La consejería debe proporcionar información, orientación y apoyo educativo a individuos y parejas, para esclarecer las dudas que pudieran tener sobre los métodos anticonceptivos en cuanto a:

Sus características.

Efectividad anticonceptiva.

Indicaciones.

Contraindicaciones y precauciones.

Forma de administración.

Lineamientos generales para la prescripción.

Duración de la protección anticonceptiva.

Seguridad, efectos colaterales y conducta a seguir.

Necesidad de seguimiento, evaluación y reforzamiento de la protección anticonceptiva.

Cuando proceda, información sobre el costo.

La consejería también debe proporcionar información, orientación y apoyo

adecuado a las parejas infértiles y estériles.

CAPITULO 3

3.1 ALCANCE Y ENFOQUE DE LA INVESTIGACION.

ALCANCE.

Se trata de un estudio descriptivo, que nos da un enfoque acerca del uso que tienen las madres sobre los métodos de planificación familiar, que solicitan atención de parto y cesárea en el Hospital General de Zacatlán en el servicio de Ginecología y Obstetricia de hospitalización.

3.2 HIPOTESIS

Conocer técnicas y métodos de planificación familia, así como espaciar la procreación de los hijos, capacitando al personal médico de la comunidad, utilizando estadísticas veraces de número de mujeres que utilizan diferentes métodos de planificación familiar, de pacientes a los cuales se les presta el servicio en el Hospital General de Zacatlán, tomando en consideración el estatus socio económico, e idiosincrasia, atendiendo de manera prioritaria los grupos vulnerables dentro de este género, propiciando un nivel cultural en las niñas y adolescentes que les permita conocer y decidir verazmente sobre la procreación y sus consecuencias de igual forma a las mujeres de edad madura con la finalidad de evitar la mortandad neonatal y materna.

3.3 ENFOQUE DE LA INVESTIGACION.

La presente investigación nos da una ideología del conocimiento que tienen las madres acerca de la Planificación Familiar, usos y beneficios, con el propósito del uso adecuado, así mismo reforzar conocimientos o dudas que las madres tengan durante su estancia en el Hospital General de Zacatlán

3.3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACION.

La presente investigación tiene un enfoque cualitativo, descriptivo, un estudio

transversal retrospectivo, uncéntrico y homodémico.

3.4 RECOLECCION DE DATOS

3.4.2 Selección del instrumento

El instrumento seleccionado es la encuesta de Métodos de Planificación Familiar, es cual está integrado con 10 preguntas, con los criterios de evaluación de preguntas cerradas. (Ver anexo)

3.5 SELECCION DE LA MUESTRA.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Criterios de inclusión.

Mujeres que tengan uno o más hijos que deseen participar.

Criterios de exclusión.

Mujeres que no tengan hijos o una vida sexual activa.

3.6 MUESTRA.

TIPO DE MUESTREO: determinístico y por conveniencia.

TAMAÑO DE LA MUESTRA: por conveniencia y a criterio del investigador.

3.6.1 APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO.

Una vez identificadas a las mujeres, se les invito a participar en este estudio explicando la finalidad del mismo, haciendo mención que toda información obtenida durante la entrevista se mantendrá de manera confidencial y que podrá retirarse del estudio sin afectar su atención, se les pidió llenar los instrumentos para evaluar los conocimientos que tienen acerca de la Planificación Familiar, sus

beneficios y usos.

3.7 PREPARACION DE DATOS

La preparación de los datos queda integrada en la encuesta previamente validada, por los estatutos del indicador de calidad.

3.8 ANALISIS DE DATOS.

Se utilizaron estadísticas descriptivas como son: porcentajes, proporciones, razones para las variables cualitativas y cuantitativas, medidas de tendencia central, se utiliza un programa de cómputo estadístico como SPSS y programa Excel.

3.8.1 ASPECTOS ETICOS.

Este estudio se realizó bajo las buenas prácticas clínicas y con el reglamento oficial de esta investigación, se realizaron en gráficas y cuadros.

3.8.2 RECURSOS.

Recursos humanos: mujeres con uno o más hijos, la pareja y personal de enfermería.

Recursos materiales: hojas, lapiceros, folders.

Recursos financieros: 80 pesos.

CAPITULO IV

4.1 CONCLUSIONES.

En base a la realización de este estudio llevado a cabo en el área de alojamiento conjunto del Hospital General de Zacatlán, en la discusión y análisis de los resultados se obtuvieron las siguientes conclusiones:

El 28.5% de las pacientes encuestadas tienen una edad entre los 21 y 25 años, y el 14.7% entre los 36 y 40 años, encontrándose dentro de rango de mayoría de edad, superando los 35 años, los cuales ya hay mayor riesgo para procrear.

Un 52.4% de las pacientes su estado civil es unión libre y el 9.5 de las pacientes son solteras, las pacientes que cuentan con sus parejas deciden si desean o ya no tener más hijos en el mayor de los casos, mientras que las pacientes solteras, tiene relaciones sexuales ocasionales y no prevén un posible embarazo. El estado civil es un aspecto muy importante de acuerdo la OMS, UNICEF, en base a algunas teóricas es de gran importancia el apoyo de la pareja, el estudio muestra un 83.33% tienen una familia estable y tan solo el 16.66% son solteras, y de acuerdo a diversos estudios en vínculo familiar facilita esta conducta a seguir.

En relación con la escolaridad, el 42.8% de la muestra tienen una educación primaria, 10.5% concluyeron la universitaria, con respecto a las pacientes que solo tiene educación primaria, hay desconocimiento y miedo sobre el tema de sexualidad y métodos de planificación familiar, por otra parte las pacientes que ya concluyeron la universidad la mayoría hablan con seguridad y abiertamente del tema.

El 42.8% de las pacientes son amas de casa, y el 14.7 tienen trabajo, las pacientes que son amas de casa algunas desean tener más hijos ya que les dedican más tiempo, y mientras las que trabajan fuera de casa tienen menos hijos.

El 47.4% de las pacientes encuestadas han tenido más de dos partos, y el 17.8 más de tres partos, observando que el mayor porcentaje de las pacientes han reducido considerablemente el número de hijos que desean tener.

El inicio de la vida sexual activa el 27.6 % de las pacientes encuestadas tuvieron primeras relaciones sexuales entre los 31 y 35 años y el 8.6% entre los 21 y 25 años, haciendo notoria la mayoría de las pacientes se encuentran en una edad óptima.

El 30.5% de las pacientes encuestadas tienen conocimiento sobre el método de planificación familiar DIU y el 10% sobre el implante, el 38.1 % de las pacientes prefieren los hormonales orales y el 12% prefieren el implante, haciéndoles menciona que durante el uso de los hormonales no podrán lactar a su bebe.

El 52.4% de las pacientes encuestadas actualmente no usan ningún método anticonceptivo y el 15.2 % se les realizo la O.T.B, siendo prioridad ofertar métodos anticonceptivos para evitar embarazos no deseados.

Esto quiere decir que las madres seleccionadas para este estudio en el área de alojamiento conjunto si cuentan con los conocimientos necesarios sobre los diferentes métodos de planificación familiar y uso para espaciar el número de hijos que desean tener.

Existe también miedo acerca del método quirúrgico definitivo (O.T.B) ya que pacientes encuestadas que ya no desean tener más hijos mejor optan por el DIU.

El 80% de las enfermeras del servicio de hospitalización, conocen la norma 005 de planificación y el 20% no la conocen.

El 50% de las enfermeras de las enfermeras del servicio de hospitalización conocen los diferentes métodos de planificación familiar y el 20% de las enfermeras no los conocen.

El 40% de las enfermeras del servicio de hospitalización si capacitan a las pacientes puérperas y el 30% nunca capacitan a las puérperas.

El 50% de las enfermeras del servicio de hospitalización reciben capacitación de planificación familiar una vez al año y el 20% de las enfermeras reciben dos veces capacitación al año.

El 40% de las enfermeras de hospitalización conocen las políticas sobre planificación familiar del hospital general de Zacatlán y el 20% de las enfermeras no conocen las políticas sobre planificación familiar.

4.2 RECOMENDACIONES

Es necesario reforzar los conocimientos de las pacientes encuestadas sobre los diferentes métodos de planificación familiar, su uso y beneficios.

Conocer la edad, estado civil, escolaridad y número de hijos antes de iniciar cualquier asesoría.

Identificar pacientes primigestas ya que mayoría de ellas desconocen el tema.

Identificar el papel de la pareja en convivencia diaria.

Identificar síntomas que pudieren provocar algún método de planificación familiar.

Colocar material audiovisual que facilite la enseñanza y que esta sea demostrativa para fines educativos.

Concientizar a las pacientes la importancia que tiene el que conozcan los diferentes métodos de planificación familiar, su uso y beneficios.

Solicitar a autoridades que desplieguen programas de promoción de planificación familiar.

Capacitar constantemente al personal sanitario sobre planificación familiar.

Aclarar cualquier duda que las pacientes tengan sin importar cuál sea.

Invitar a las a las parejas en la toma de decisiones para elegir algún método de planificación familiar.

Otorgar folletos que sean de fácil interpretación para las pacientes.

Concientizar a las pacientes en cuanto al uso de métodos de planificación familiar, espaciar el número de hijos deseados, y la edad óptima para procrear.

Es necesario que las enfermeras asistan a las capacitaciones otorgadas en el hospital general de Zacatlán sobre la norma 005, dando prioridad a las enfermeras que desconocen la norma oficial de planificación familiar.

Reforzar las capacitaciones a todas las puérperas del servicio de hospitalización desde su ingreso.

Asegurarse que realmente a la puérpera le quede claro los beneficios y uso de los métodos de Planificación Familiar.

ANEXOS

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AG	SEP	OCT	N	D	E
Concepción de idea	X										
Búsqueda bibliográfica		X									
Elaboración de Proyecto			X								
Recolección de Datos			X	X	X	X	X	X			
Análisis y Discusión									X	X	
Presentación y Autorización											X
Publicación											X



Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla

Dirección de Posgrados en Ciencias de la Salud

Dirección de Posgrados en Enfermería

Cuestionario

1. Edad: _____

2. Estado civil: _____

Casada _____

Soltera _____

Divorciada _____

Unión Libre _____

3. Escolaridad terminada:

Primaria _____

Secundaria _____

Preuniversitario _____

Técnico Medio _____

Universitario _____

4. Ocupación:

Trabajadora _____

Estudiante _____

Ama de casa _____

5. Partos: 0 _____, 1 _____, 2 _____, +3 _____

6. Edad de las primeras relaciones sexuales: _____

7. ¿Método anticonceptivo que conoce? _____

O.T.B _____

DIU _____

Preservativo _____

Tabletas orales _____

Implante _____

Hormonas inyectables _____

8. ¿De los métodos anticonceptivos cuál prefiere usar?

9. ¿Método que usa actualmente?

10. ¿Durante su uso ha tenido complicaciones cómo?

Dolor _____

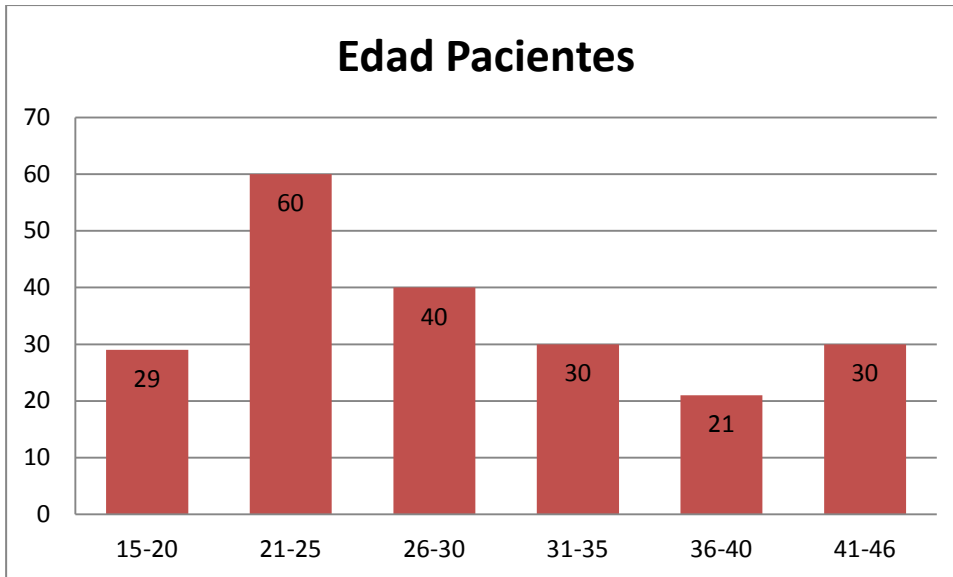
Sangrado _____

Aumento de peso _____

Náuseas y vómitos _____

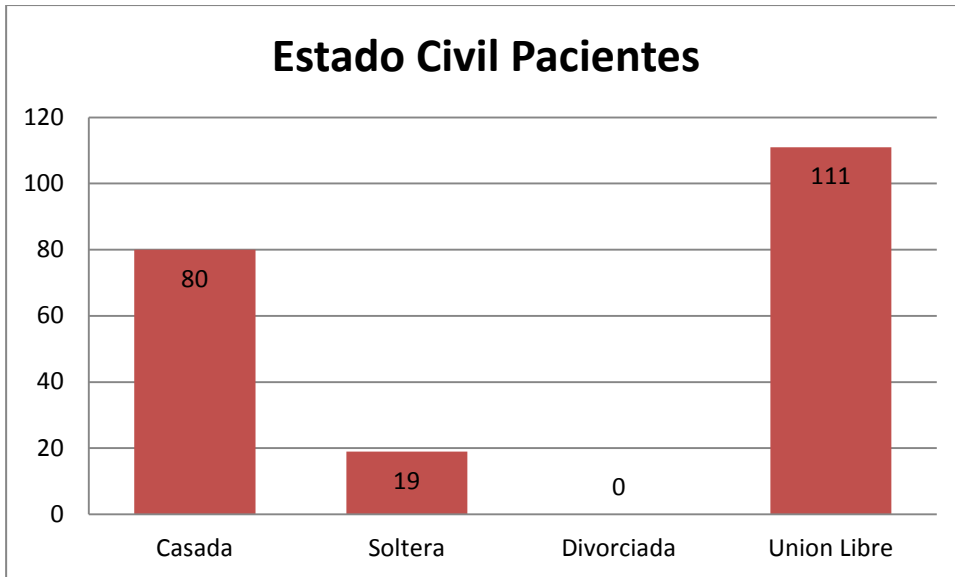
Embarazo _____

Ninguno _____



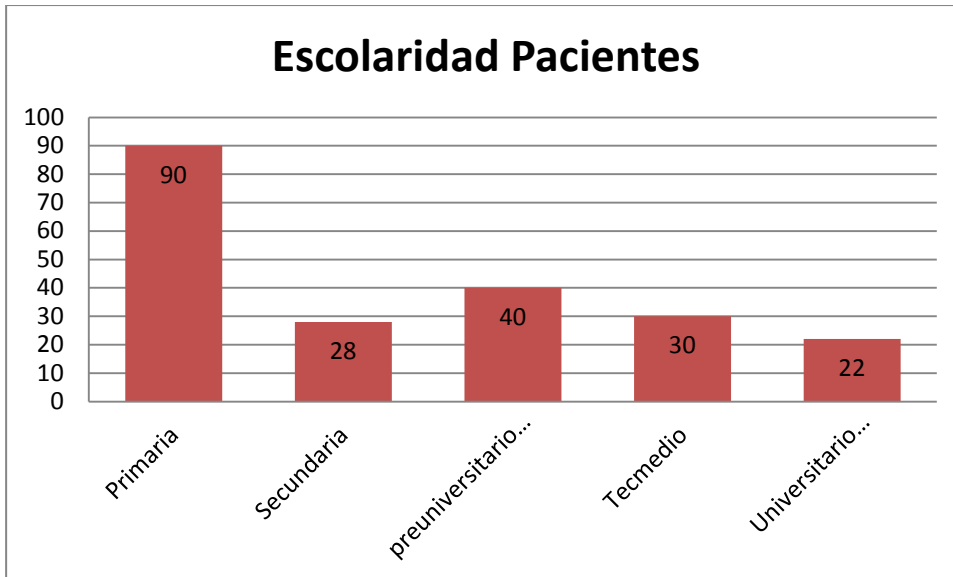
FUENTE: Encuesta aplicada a madres de alojamiento conjunto del H.G.Z.

El 28.5% de las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del hospital general de Zacatlán de postcesarea y post parto tienen una edad entre 21 y 25 años, y el 14.7% de las pacientes tienen una edad entre 36 y 40 años.



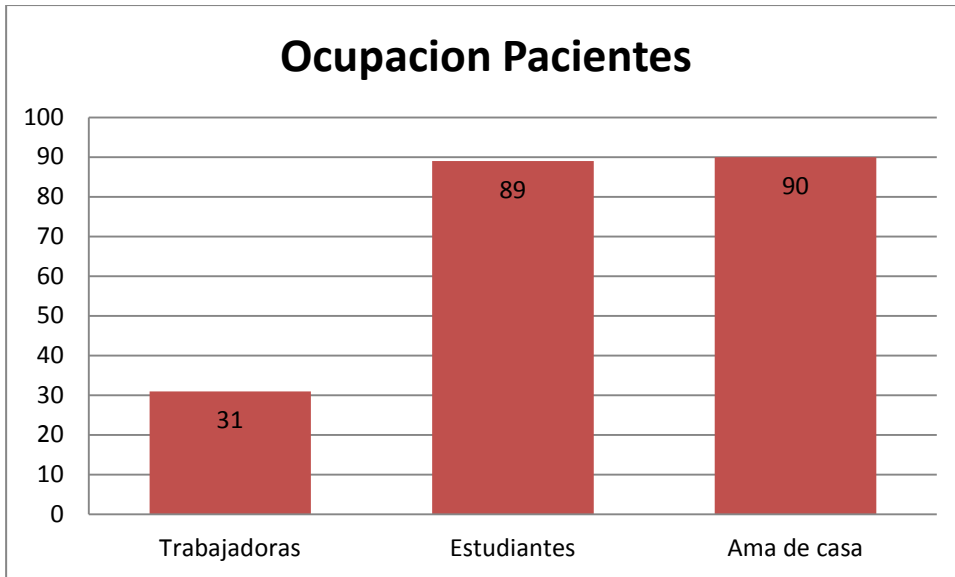
FUENTE: Encuesta aplicada a madres de alojamiento conjunto del H.G.Z.

El 52.8% de las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del hospital general de Zacatlán, de postcesarea y postparto su estado civil es unión libre y el 9.5% de las pacientes su estado civil son solteras.



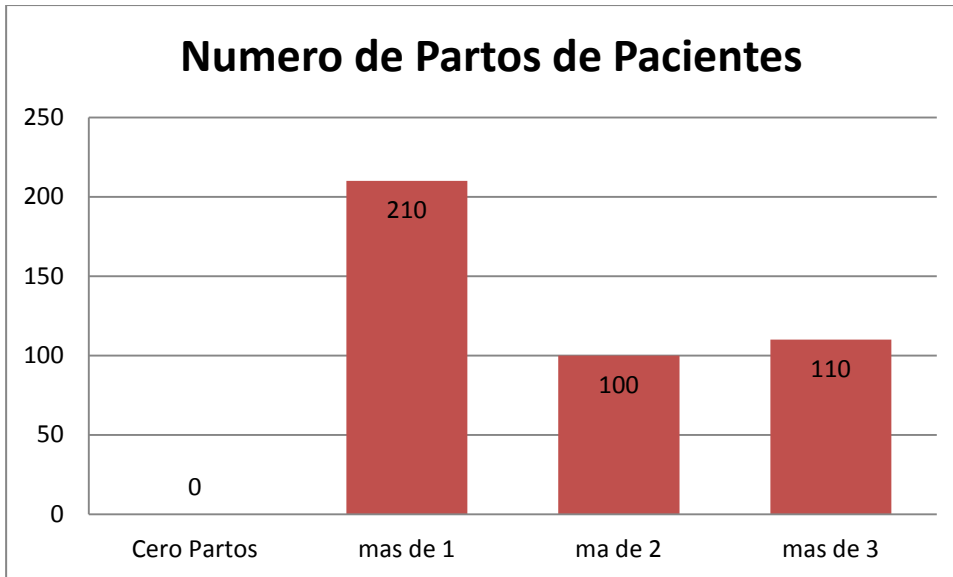
FUENTE: Encuesta aplicada a madres de alojamiento conjunto del H.G.Z.

El 42.8% de las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del hospital general de Zacatlán, de postcesarea y postparto concluyeron la educación primaria y el 10.5% concluyeron la universidad.



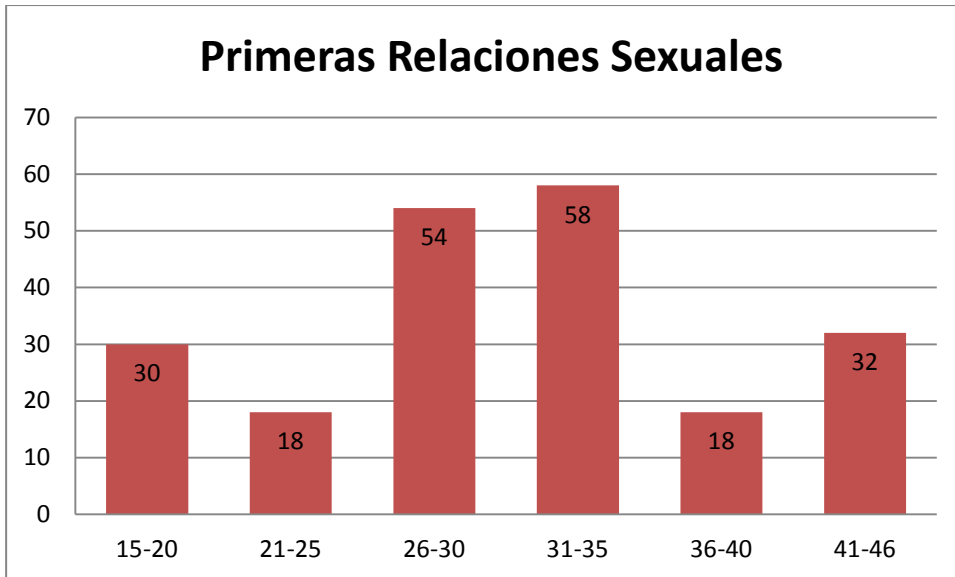
FUENTE: Encuesta aplicada a madres de alojamiento conjunto del H.G.Z.

El 42.8% de las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del hospital general de Zacatlán, de postcesarea y postparto son amas de casa y el 14.7% de las pacientes tienen trabajo



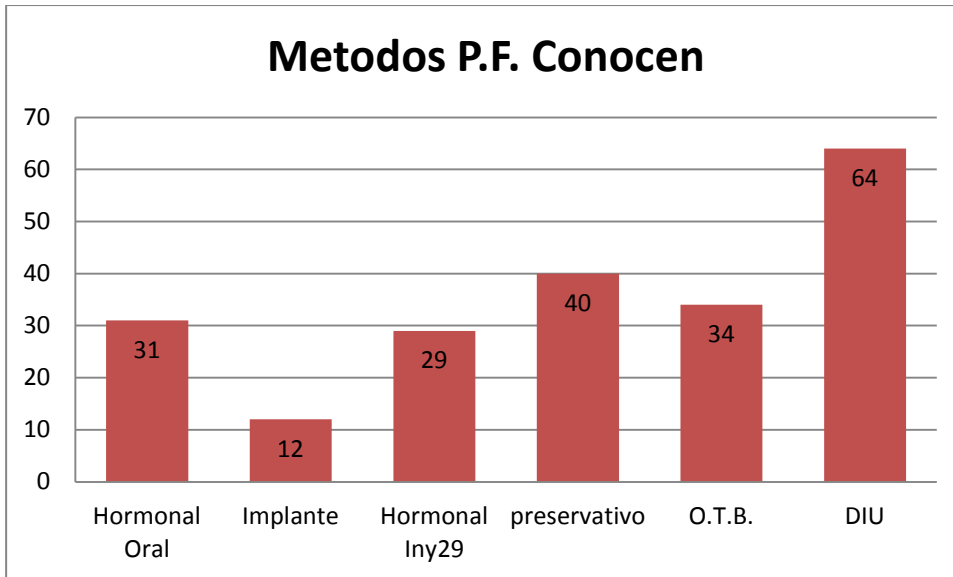
FUENTE: Encuesta aplicada a madres de alojamiento conjunto del H.G.Z.

El 47.4% de las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del hospital general de Zacatlán, de postcesarea y postparto han tenido más de dos partos y el 17.8% de las pacientes más de tres partos.



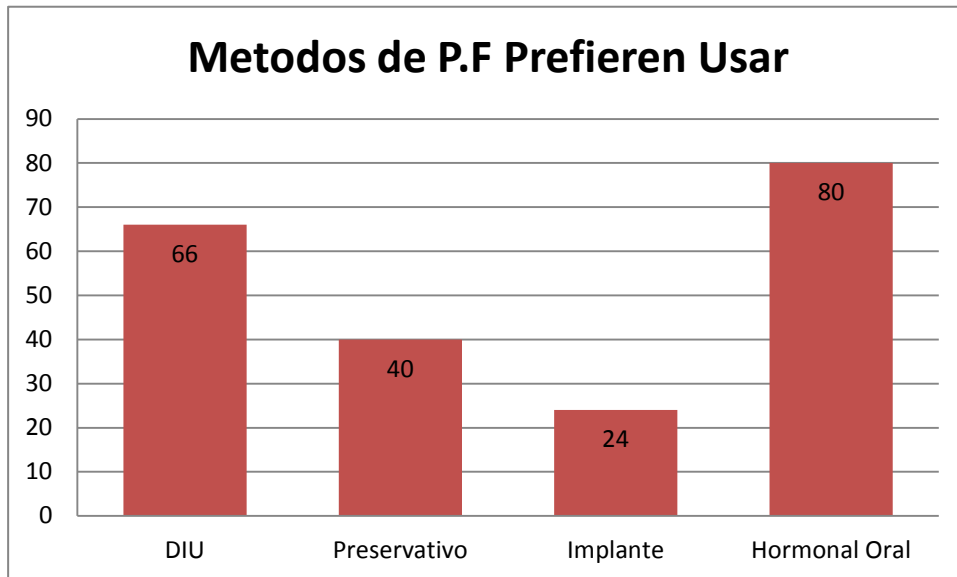
FUENTE: Encuesta aplicada a madres de alojamiento conjunto del Hospital General de Zacatlán 2014.

El 27.6% de las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del hospital general de Zacatlán, de postcesarea y postparto tuvieron sus primeras relaciones sexuales entre los 31 y 35 años y el 8.6% de las pacientes entre los 21 y 25 años.



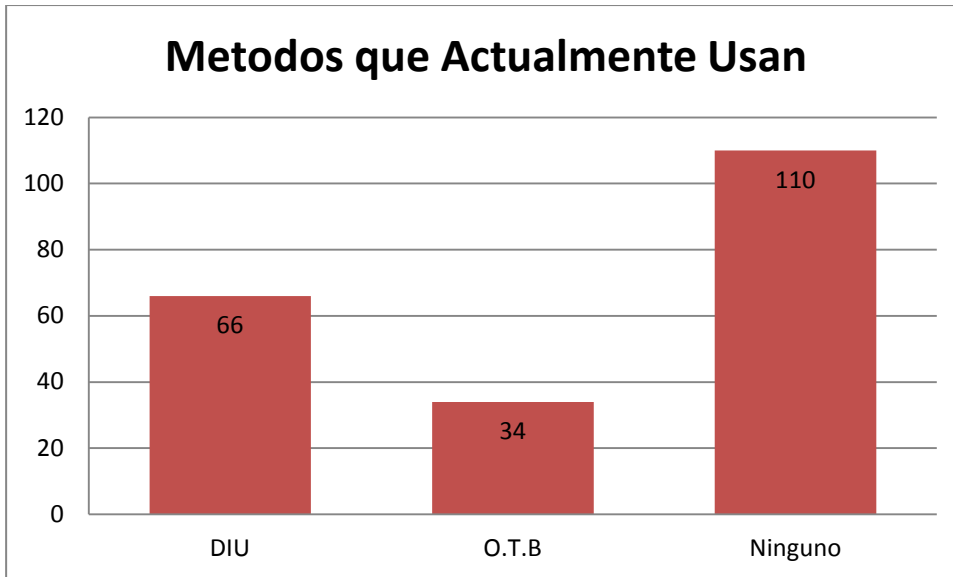
FUENTE: Encuesta aplicada a madres de alojamiento conjunto del H.G.Z.

El 30.5% de las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del hospital general de zacatlan, de postcesarea y postparto tienen conocimiento sobre el DIU y el 10% de las pacientes tienen conocimiento del implante.



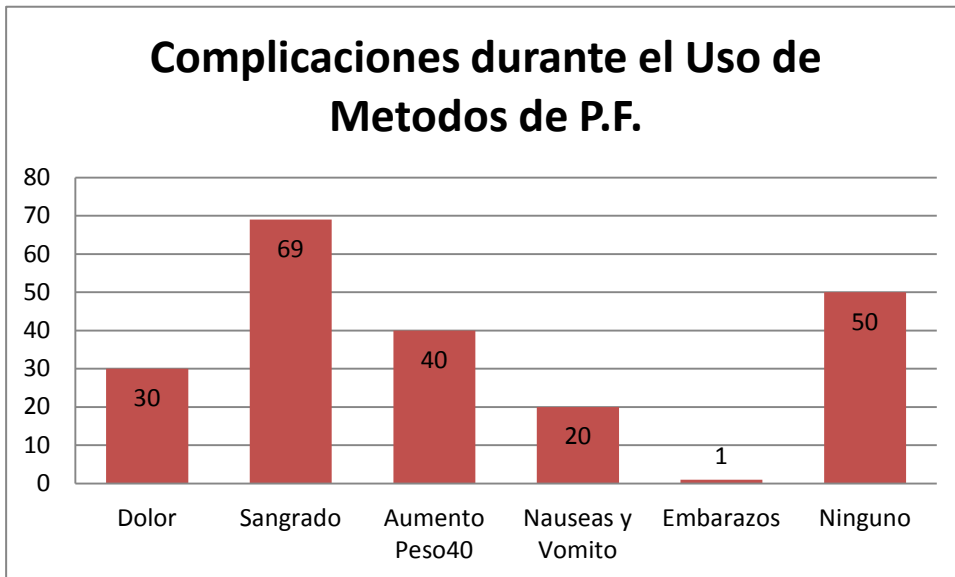
FUENTE: Encuesta aplicada a madres de alojamiento conjunto del H.G.Z.

El 38.1% de las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del hospital general de zacatlan, de postcesarea y postparto prefieren las tabletas hormonales y el 12% de las pacientes prefieren el implante.



FUENTE: Encuesta aplicada a madres de alojamiento conjunto del H.G.Z.

El 52.4% de las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del hospital general de zacatlan, de postcesarea y postparto, actualmente no usan ningún método anticonceptivo y el 15.2% de las pacientes les realizaron la O.TB.



FUENTE: Encuesta aplicada a madres de alojamiento conjunto del H.G.Z.

El 32.4% de las pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del hospital general de Zacatlán, de postcesarea y postparto, durante el uso del anticonceptivo presentaron sangrado y el .47% de las pacientes se embarazaron.



Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla

Dirección de Posgrados en Ciencias de la Salud

Dirección de Posgrados en Enfermería

1.- ¿Cuál es la Norma Oficial de la Planificación Familiar?

a) 003 b) 005 c) 004

2.- ¿Conoces los diferentes Métodos de Planificación Familiar?

a) Si b) No c) Algunos

3.- ¿Capacitas a las Puérperas sobre Planificación Familiar del Hospital General Zacatlán?

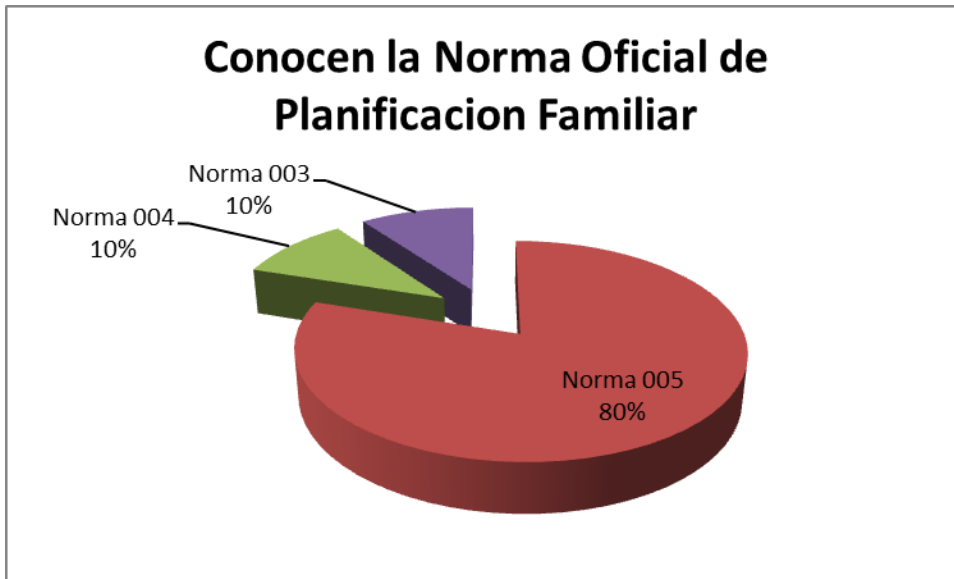
a) Si b) En ocasiones c) Nunca

4.- ¿Recibes capacitación sobre Planificación Familiar en el Hospital General Zacatlán?

a) Una vez al año b) Dos veces al año c) dos o más veces al año

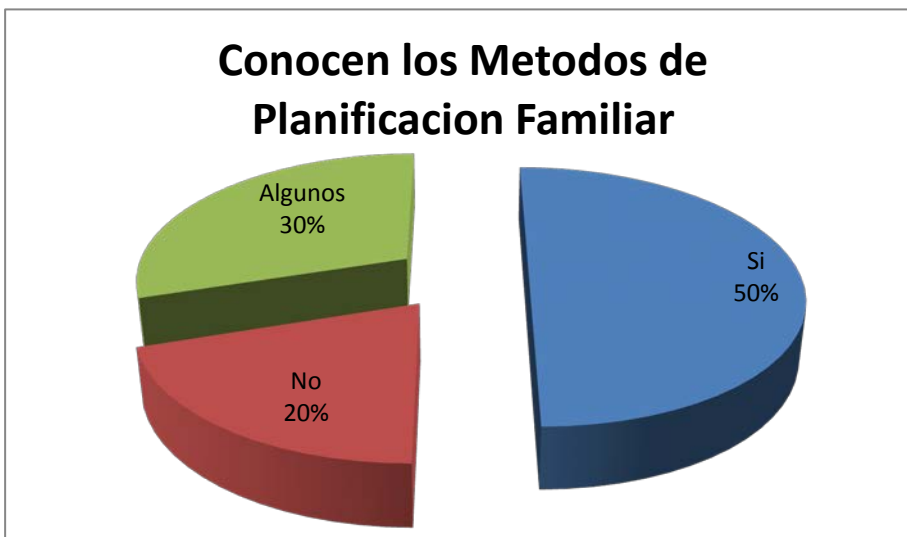
5.- ¿Conoces las Políticas sobre Planificación Familiar en el Hospital General de Zacatlán?

a) Si b) Parcialmente c) No



Fuente: Enfermeras de hospitalización turno matutino del H.G.Z.

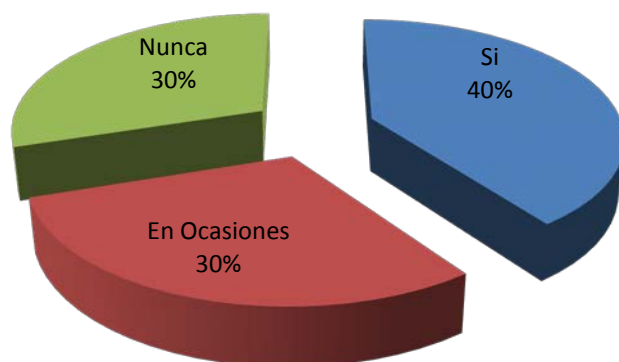
El 80% de las Enfermeras del servicio de hospitalización del Hospital General de Zacatlán conocen cual es la norma oficial de planificación familiar y el 20% no conocen la norma 005.



Fuente: Enfermeras de hospitalización turno matutino del H.G.Z.

El 50% de las enfermeras del servicio de hospitalización del Hospital General de Zacatlán conocen los métodos de planificación familiar y el 20% de las Enfermeras no los conocen.

Capacitan a las Puerperas del H.G.Z



Fuente: Enfermeras de hospitalización turno matutino del H.G.Z.

El 40% de las Enfermeras del servicio de hospitalización del Hospital General de Zacatlán si capacitan a las pacientes puérperas y 30% de las Enfermeras nunca capacitan a las puérperas.

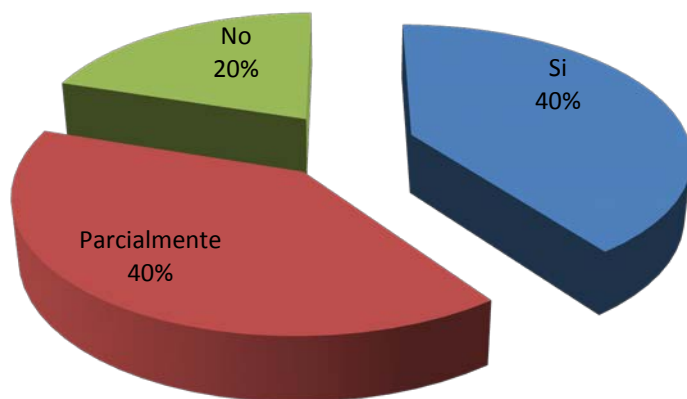
Reciben capacitacion en el H.G.Z



Fuente: Enfermeras de hospitalización turno matutino del H.G.Z.

El 50% de las Enfermeras del servicio de hospitalización del Hospital General de Zacatlán, reciben capacitación de Planificación Familiar una vez al año y el 20% de las Enfermeras reciben capacitación dos veces al año.

Conocen Politicas sobre P.F en el H.G.Z.



Fuente: Enfermeras de hospitalización turno matutino del H.G.Z.

El 40% de las Enfermeras del servicio de hospitalización del Hospital General de Zacatlán conocen las políticas sobre Planificación Familiar del Hospital General de Zacatlán y el 20% de las Enfermeras no conocen las políticas sobre Planificación Familiar.

Bibliografía

1. Allyn, D., Leton, D., Westcott, N., Hale, R. Presterilization counseling and women's regret about having beensterilized. J Reprod Med, 1986; 31:1027–1032.
2. Baram, D., Smith, C., Stinson, S. Intraoperative topical etidocaine for reducing pain after laparoscopic tuballigation. J Reprod Med, 1990; 35:407-41 0.
3. Boring, C.; Rochart, R., Becerra, J. Sterilization regret among
4. Puerto Rican women. Fertil Steril, 1988; 49: 973-981.
5. Bhiwandiwalla, P., Mumford, S., Feldblum, P. A comparison of different laparoscopic sterilization occlusion Techniques in 24, 439 procedures. Am J Obstet Gynecol, 1982; 144:31 9–331.
6. FNUAP. El Estado de la Población Mundial. PNUD; 2001. p. 3-7. Gómez PI. Planificación familiar una visión integral. Universidad Nacional de Colombia; 1998. p. 15-16
7. Gómez PI. Mortalidad materna. En: Gómez PI, Ruiz AI. Temas de Interés en Obstetricia y Ginecología. 1ª. Edición. Edit. Universidad Nacional de Colombia; 1998. p. 21-30.
8. Task Force on Post Ovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomized controlled trial of Levonorgestrel versus The Yuzpe regimen of combined oral contraception for emergency contraception. Lancet 1998;352:428-33.
9. Ministerio de Salud. Norma Planificación Familiar para hombres y mujeres. Resolución 412 del 25 de febrerode 2000.
- 10 www.cdc.gov/epiinfo
11. Morris JM, Van Wagenen G. Compounds interfering with ovum implantation and development. 3. The role of estrogens. Am J Obstet Gynecol 1966;96:804-15.

12Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Lactancia materna. Bases científicas para la práctica clínica. Módulo de autoinstrucción. Asociación

de facultades de ciencias médicas de la república argentina (AFACIMERA), UNICEF. Mayo de 2003.

13. Océano Mosby Diccionario de Medicina. 1ª ed. Barcelona: Océano; 2005. Lactancia. 352.

14. Alba – Lactancia materna. Lactancia materna y anticoncepción. Alba – Lactancia materna [en línea] 06- Mar-2005 [fecha de acceso 10 de noviembre de 2007]

1-7. URL disponible en: <http://www.albalactanciamaterna.info/descargas/Anticoncepcion.pdf>.

15. MARCH OF DIMES - Biblioteca de Salud: LA LACTANCIA [en línea] 1984 [fecha de acceso 3 de marzo de 2008. URL disponible en:

http://www.nacersano.org/centro/9388_10052.asp.

16. Gallo M, Grimes D, Schulz K. Nonlatex versus latex male condoms for contraception. Contraception November 2003; 68(5):319-26.

17. Bounds W, Molloy S, Guillebaud J. Pilot study of short-term acceptability and breakage and slippage rates for the loose-fitting polyurethane male condom eZ-on bi-directional: a randomized cross-over trial. The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care 2002; 7:71-8.

18. <http://www.imss.gob.mx>.

19. Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993 de los Servicios de Planificación Familiar.

20. Organización Mundial de la Salud, Center For Health and Medical Education 1982.