



BIBLIOTECA CENTRAL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO

Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad Ginecología y Obstetricia

PRINCIPALES FACTORES DE NO ACEPTACIÓN DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES POST-EVENTO OBSTÉTRICO EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL NIÑO Y LA MUJER DE NOVIEMBRE 2002 A ABRIL DE 2003.

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el diploma de la
Especialidad de Ginecología y Obstetricia

Presenta:

Med. Gral. Maclovía Alcocer Montes

Dirigido por:

M. en C. Genaro Vega Malagón

SINODALES

M. en C. Genaro Vega Malagón
Presidente

Med. Esp. Humberto Saucedo Rogel
Secretario

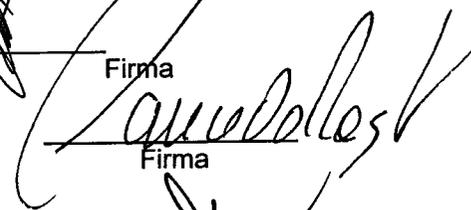
Med. Esp. Jorge Rafael Barón Sevilla
Vocal

Med. Esp. Alberto Pérez Parra
Suplente

Med. Esp. Juan José Esquivel Mondragón
Suplente

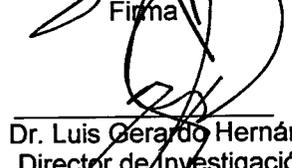
Med. Esp. Benjamín Moreno Pérez
Director de la Facultad de Medicina


Firma

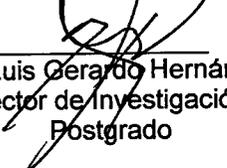

Firma


Firma


Firma


Firma


Firma


Firma

Dr. Luis Gerardo Hernández Sandoval
Director de Investigación y
Postgrado

Centro Universitario
Querétaro, Qro. Febrero 2006
México

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO

No. Adq. H71048

No. Título _____

Clas. TS

613.94

A354p

RESUMEN

Introducción: La capacidad de la mujer para espaciar o limitar el número de embarazos, tiene impacto directo en su salud y bienestar tanto como en el éxito de su embarazo. En mujeres incapaces de ejercer sus derechos reproductivos, los programas de planificación familiar pueden mejorar la situación social y económica de las mujeres y sus familias.

Objetivo: determinar los factores de no aceptación de los métodos de planificación familiar en mujeres post-evento obstétrico del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer.

Metodología: Se realizó un estudio de tipo descriptivo, prospectivo transversal, de Noviembre del 2002 a Abril del 2003 con pacientes que tuvieron su evento obstétrico en este lapso.

Resultados: De 358 pacientes estudiadas se encontraron 69 (19.27%) pacientes solteras. El grupo de edad mas frecuente fue de 19 a 25 años (48.88%). La ocupación de las pacientes se encontró 336 (93.85%) dedicadas al hogar, 22 (6.14%) contaban con un empleo. 188 (52.51%) eran primigestas. La mayoría contaba con educación primaria solamente 215 (60.05%). 349 (97.48%) eran católicas. Y el motivo principal de no aceptación fue en 148 (41.42%) de pacientes que no lo deseaban.

Discusión: Siendo los programas de Salud Reproductiva uno de los programas prioritarios de salud, mediante ésta Investigación se puede ver reflejada la idiosincrasia de la población de Querétaro acerca del uso de ésta, y a su vez su impacto social y económico.

Conclusiones: Con ésta evidencia se deduce que el grupo meta para la promoción de la consejería de planificación familiar son los grupos de educación primaria, ya que es el nivel escolar que la mayoría de las pacientes cursó, así como los medios masivos de comunicación, con énfasis a la toma de decisiones en pareja.

(Palabras clave: métodos de planificación familiar, factores de no aceptación)

SUMMARY

Introduction: the capacity of the woman to space or to limit the number of pregnancies, as much as direct hit in its health and well-being as in the success of its pregnancy. In woman incapable to exert their reproductive rights, the programs of family planning can improve the social and economic situation of the woman and its families.

Objetive: to determine the factors of nonacceptance of the methods of family planning in woman post obstetric event of the Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer.

Methodology: it was a study of descriptive, prospective type cross-sectional, of November of the 2002 to april of the 2003 with patients who had their obstetrical event in this lapse.

Results: Of 358 studied patients were 69 (19.27%) patient unmarried ones. The age group but frequents went of 19 to 25 anuses (48.88%). The occupation of the patients was 336 (93.85%) dedicated to the home, 22 (6.14%) counted on a use. 188 (52.51%) were her first pregnancy. The most was counted on primary education only 215 (60.05%). 349 (97.48%) were catholics. And the main reason for acceptance was not in 148 (41.42%) of patients who did not wish it.

Discussion: the program of family planning was one of the most important programs of health, trough out this investigation, we can see the culture of Queretaro's poblacion and the social and economic impact.

Conclusions: with these evidence, we can say that the mean group for the promotion of the family planning methods, are the people who was in the primary levels of education, because the most of our patients where in this level, an we can use the massive communications resources, and its very important say that these is a couple decision.

(Key words:methods of family planning, factors of not acceptation)

DEDICATORIAS

A todas las pacientes que han permitido que aprenda de ellas.

A mi hija, el motor y apoyo mas importante en todo lo que hago.

AGRADECIMIENTOS

A Faby, Lilo, Ceci, Cristhian, Guillermo y Rodrigo por la ayuda, las porras y todo lo vivido. Y que vivan los amigos!!!!!!!!!!

A mi familia por lo incondicional y amorosos.

A Alfredo por ser parte fundamental de éste esfuerzo y de ésta forma.

A mis profesores, compañeros residentes y a todo el personal del HGQ y del HENM que compartió conmigo durante éstos 4 años, por la enseñanza extra y en todos los sentidos.

A las pacientes que pusieron a prueba mis capacidades y toda mi paciencia.

A mi hija por el esfuerzo ante tanta ausencia, y por enseñarme a verte con sólo cerrar los ojos!! Te amo mi amor!!!!

A Dios por permitirme aprender de todas las situaciones y no dejar de complicarme.

INDICE

	Página
RESUMEN	I
SUMMARY	II
DEDICATORIAS	III
AGRADECIMIENTOS	IV
ÍNDICE	V
ÍNDICE DE CUADROS	VI
ÍNDICE DE FIGURAS	VII
I. INTRODUCCIÓN	1
II. REVISIÓN DE LITERATURA	2
III. METODOLOGÍA	14
IV. RESULTADOS	15
V. DISCUSIÓN	23
VI. CONCLUSIONES	24
VII. LITERATURA CITADA	25
ANEXO 1	28
ANEXO 2	29

INDICE DE CUADROS

Cuadro No.	Página
1. Estado Civil	16
2. Rangos de Edad	17
3. Paridad	18
4. Escolaridad	19
5. Ocupación	20
6. Religión	21
7. Motivos de no aceptación	22

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica	Página
1. Estado Civil	16
2. Rangos de Edad	17
3. Paridad	18
4. Escolaridad	19
5. Ocupación	20
6. Religión	21
7. Motivos de no aceptación	22

I. INTRODUCCIÓN

Objetivo General:

Determinar los factores de no aceptación de los métodos de planificación familiar, en pacientes post evento obstétrico que acuden al Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer.

Objetivos Específicos:

- 1.- Determinar por grupo de edad a las pacientes que no acepten MPF.
- 2.- Determinar por religión que profese la paciente que no acepta MPF.
- 3.- Determinar por paridad a las pacientes que no aceptan MPF.
- 4.- Determinar por nivel de escolaridad a las pacientes que no aceptan MPF.
- 5.- Determinar por estado civil a las pacientes que no aceptan MPF.
- 6.- Determinar por ocupación a las pacientes que no aceptan MPF.
- 7.- Determinar los motivos de no aceptación de los MPF.

MPF: método de planificación familiar

II. REVISIÓN DE LITERATURA

El embarazo, es un estado fisiológico y natural de procreación en el cual se desarrolla una nueva vida y se crea la descendencia del ser humano. (Pérez P.G. 1999) El éxito de la reproducción humana es la causa de uno de los problemas mas grandes de la humanidad – la sobrepoblación mundial -, una tragedia del progreso aunada a una explosión demográfica que empeora cada día. Esto es considerado por muchos eruditos, y con considerable justificación, como el mayor peligro para la salud y el futuro ambiental y económico de la humanidad. (Rosefield A.F.1999)

Según Short, las variables de la reproducción que habitualmente conducirían a algún tipo de equilibrio reproductivo incluyen: 1) edad de la pubertad, 2) frecuencia de muerte embrionaria y fetal, 3) mortalidad neonatal y 4) duración de la amenorrea de la lactancia (anovulación o infertilidad inducida por el amamantamiento). (Rosefield A.F.1999)

En la actualidad la menarca de las mujeres en los Estados Unidos ocurre aproximadamente a los 12.5 años y aunque la anovulación es mas común inmediatamente después de la menarca más adelante en la vida reproductiva, la mayoría de las mujeres posmenárquicas jóvenes ovulan y por lo tanto son potencialmente fértiles, traduciéndose ésto en embarazos en mujeres cada vez mas jóvenes, (Cunningham 1998) además de que hay que tener en cuenta que en ausencia de métodos farmacológicos o quirúrgicos las mujeres experimentan 500 ciclos ovulatorios . (Rosefield A.F.1999)

El tema de salud reproductiva es importante ya que debe entenderse como el estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y sus procesos, es decir la capacidad de los individuos y de las parejas de disfrutar de una vida sexual reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad para decidir de manera responsable y bien informada sobre el número y espaciamiento de los hijos. (SSA 1996 a, b) La salud reproductiva es un derecho humano fundamental que requiere de un enfoque integral con los estándares mas altos de ética y una clara perspectiva del género. (SNS 1997)

La salud reproductiva es uno de los programas sustantivos y prioritarios, cuyos lineamientos fueron elaborados con amplio consenso por el grupo interinstitucional de salud reproductiva. (DGSR 1996)

El componente de planificación familiar tiene como objetivo central contribuir a un crecimiento armónico de la población en concordancia con el desarrollo social y económico del país por medio de la disminución de los niveles de fecundidad. (DGSR 1995) La planificación familiar contribuye además a mejorar la condición de salud de las mujeres el bienestar familiar y la calidad de vida. El objetivo del componente de salud sexual y reproductiva para las adolescentes se centra en la prevención del embarazo no planeado y en el alto riesgo. (DGSR 1999)

El concepto de planificación familiar ha existido prácticamente a través de toda nuestra historia desde las sociedades mas primitivas, que desarrollaron medidas para prevenirlo, (Perez P. G. 1996, 2000) tales como el coito interruptus, la lactancia prolongada, el matrimonio tardío, el celibato y el coito prepubescente, así mismo se confiaban en los ritos de curanderos, dietas, amuletos y pociones

mágicas. Documentos antiguos provenientes de diversas partes del mundo, evidencian el empeño de las sociedades de prevenir un embarazo no deseado. (Larry J. C. 2002) Un texto chino de 2700 aC, contiene probablemente la descripción más antigua anticonceptiva. El antiguo testamento menciona la práctica del coitus interruptus. El código religioso judío prohíbe cualquier método anticonceptivo pero en el siglo II y VI dC, lo vuelven a aceptar. La práctica anticonceptiva se extendió en Europa por el Islamismo, cuyas leyes religiosas no condenaban el control de la natalidad. En Europa en la edad media conocían los métodos anticonceptivos desarrollados por los griegos, los romanos y los árabes, sin embargo durante éste período estaban controladas por la Iglesia católica, y las prácticas anticonceptivas solo se permitían en casos muy seleccionados. Santo Tomás de Aquino condenó la práctica anticonceptiva, considerándola un vicio contra la naturaleza, una actitud que todavía se refleja en la conducta personal y en la política pública de algunos países católicos. El Papa Pablo VI, reafirmó la posición de la Iglesia en la Encíclica *Humanae vitae* promulgada en 1969, que determina que todo acto marital debe tener como objetivo la procreación. Por muchos años la posición de la Iglesia protestante ha sido similar a la de la Iglesia católica; no obstante, durante los últimos decenios la Iglesia protestante ha mostrado cierta moderación y hasta un cierto abandono en la interpretación de ésta imposición original. Por lo expuesto se evidencia que desde el comienzo de la historia se ha reconocido la necesidad de prevenir el embarazo aunque por siglos las personas privilegiadas han empleado medidas anticonceptivas eficaces, lo que caracteriza la era moderna es la democratización del control de la natalidad, es decir, el acceso a todos los segmentos de la población a las prácticas anticonceptivas. Encontrándonos actualmente en ésta área del desarrollo, presentando un avance y efectividad crecientes. El desarrollo de métodos anticonceptivos se ha dado tomando en cuenta la salud y el bienestar del individuo, el crecimiento de la población y el bienestar social. La aceptación popular se basa en creencias religiosas, morales, tradicionales y políticas.

Aún hay 123 millones de mujeres alrededor del mundo, la mayoría en países en desarrollo que no utiliza la anticoncepción a pesar de tener el deseo de espaciar o limitar el número de sus embarazos. (WHO 2002)

Aproximadamente el 38% de los embarazos en el mundo de manera anual, no reciben atención médica y por lo tanto tampoco asesoría en cuanto a planificación familiar, teniendo en cuenta que el uso de anticonceptivos disminuye la mortalidad materna y mejora la salud de las mujeres previniendo embarazos no planeados y de alto riesgo y a su vez disminuyendo la práctica de abortos inseguros. (WHO 2000 a, b)

El embarazo afecta a la salud de las mujeres de manera que por cada muerte materna en un país en desarrollo (como México), mas de 100 mujeres padecen alguna enfermedad relacionada con el embarazo y el nacimiento. Una proporción significativa de esas muertes puede evitarse a través del uso de los métodos de planificación familiar. (SSA-INEGI, 1990- 2000, WHO 2000)

La falta de información, la pobre comunicación familiar y la falta de toma de desición de la mujer en cuanto a la planificación de la familia, es un problema que se ha visto desde hace años, a pesar del desarrollo tecnológico y avances mundiales, lo cual constituye a su vez un factor importante de morbilidad y mortalidad materno-infantil, y en la problemática social. Se han realizado acciones de información y servicios de planificación familiar, fortaleciendo particularmente las zonas rurales y grupos de población de baja escolaridad, apreciándose el incremento en la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos entre la población sin escolaridad o con primaria incompleta, y siendo mayor el porcentaje entre mayor sea el grado de escolaridad. (CONAPO

1999)

Cada año alrededor de 500,000 mujeres mueren por causas relacionadas al embarazo y el nacimiento. Las causas más comunes son complicaciones del embarazo y el parto como hemorragia, sepsis, abortos inseguros, trastornos hipertensivos del embarazo, y una labor obstruída. (DGEI 1999)

En el sur de Asia las mujeres tienen 1 probabilidad entre 35 de morir en el curso de sus vidas a consecuencia de abortos inseguros, embarazos o partos. En África la relación es de 1 en 20 en algunas regiones, al contrario de Estados Unidos donde la relación es de 1 en 4,006. (WHO 2000)

En México, se embarazan un promedio de 2.5 millones de mujeres al año y la mortalidad materna representa un problema multifactorial de salud pública, relacionado con la cobertura y calidad de los servicios de salud y con factores socioeconómicos y culturales. Diariamente se registran en México 4 defunciones maternas y 110 muertes de niños menores de un año de edad, la mayoría por causas prevenibles. (CONAPO 1999, DGEI 1999) Durante la última década, la tasa de mortalidad materna ha mostrado una tendencia ligeramente a la baja. En 1990 se registraron 5.4 defunciones maternas por 10,000 nacidos vivos registrados; mientras que en el 2000 este indicador alcanzó el valor de 4.68. Las principales causas de muerte materna son: preeclampsia-eclampsia, hemorragia obstétrica, sepsis puerperal y complicaciones del aborto, que en conjunto representan el 68% del total de las defunciones maternas. (SSA 2000)

Se presume un importante subregistro de la mortalidad materna en nuestro país, sobre todo en las áreas rurales y comunidades indígenas (SSA, DGEI 1999). En el 2000 de 1310 muertes maternas el 65% se presentaron en hospitales públicos. (CONAPO 2000)

Se estima que 100,000 muertes maternas se pueden evitar cada año, si todas las mujeres que dicen que no quieren mas hijos, fueran capaces de evitar la concepción. (Pérez P. G. 2000)

El embarazo es particularmente riesgoso en algunos grupos de mujeres (muy jóvenes, o de edad avanzada, en las que tienen mas de 4 hijos y en las que tienen alguna otra enfermedad preexistente. Si todos los embarazos de alto riesgo se previnieran, la mortalidad materna podría disminuir en mas del 25%. Las adolescentes constituyen un grupo vulnerable para el embarazo por lo que se constituye como un grupo prioritario en materia de salud sexual y reproductiva, en particular porque su población prácticamente se duplicó en los últimos 30 años; mientras que en 1970 la población adolescente se estimaba en 11.7 millones, para el 2000 se incrementó alrededor de 22 millones. (CONAPO 2000)

Espaciar los embarazos por lo menos 2 años entre cada uno, puede reducir la mortalidad neonatal por arriba de 1/3 en algunos países. Los métodos de planificación familiar, podrían prevenir alrededor de 850,000 muertes por año en menores de 5 años, evitando éstas muertes que se presentan de igual manera en madres muy jóvenes, en madres de edad avanzada con mayor probabilidad

de productos con bajo peso al nacer o pretérmino, madres con mas de 4 hijos, etc. En México la mortalidad infantil registrada en la última década, también muestra una tendencia descendente pasando de 36.22 a 24.93 muertes en menores de un año por 1000 nacidos vivos registrados. Se estima que en nuestro país anualmente nacen alrededor de 2.1 millones de niñas y niños de los cuales mueren 20,000 durante su primer mes de vida y 40 mil fallecen antes de cumplir en primer año de edad; más del 50% de éstas defunciones se deben a afecciones originadas en el período perinatal. (CONAPO 1998)

Por último, los anticonceptivos mejoran el estatus y calidad de vida de las mujeres de manera indirecta, esto debido a que las mujeres con familias pequeñas y saludables tienen mejores oportunidades de participar en actividades económicas, educativas y sociales.(DGEI 1994) Además las poblaciones en desarrollo tendrían mayor capacidad de crecimiento y de mejora a los ámbitos educacionales, económicos, ambientales, etc., formando así un círculo benéfico para las mujeres y niños en cuanto a salud, y situación social. Está visto que una pareja con menor cantidad de hijos, puede ofrecerles más recursos y atenciones. (WHO 2001)

La capacidad de la mujer para espaciar o limitar el número de embarazos, tiene impacto directo en su salud y bienestar tanto como en el éxito de su embarazo. En mujeres incapaces de ejercer sus derechos reproductivos, los programas de planificación familiar pueden mejorar la situación social y económica de las mujeres y sus familias. (WHO 2001)

Los anticonceptivos proveen de una manera efectiva y segura de regular la fertilidad y preservar la salud. Algunos anticonceptivos además mejoran su

salud, disminuyendo la probabilidad de enfermedades de transmisión sexual y protegiendo algunos de ellos, contra ciertos tipos de cáncer y otros problemas de salud. (DGSR 1999 a, b)

Existen una gran variedad de métodos (temporales o permanentes, de acción prolongada o corta, y métodos para mujeres y hombres), que como se mencionó previamente algunos de ellos tienen otros beneficios: por mencionar algunos, los métodos de barrera como condones, espermicidas o el diafragma, protegen contra enfermedades de transmisión sexual, las cuales son un problema importante ya que pueden conllevar a la presencia de enfermedades como la pélvica inflamatoria, infertilidad y muerte, llegando a ser hasta 100% efectivos contra el VIH, el virus que provoca el SIDA. (Cunningham F. G. 1998, Berek 1998, Rosenfield A. F. 1999) Otro ejemplo son los hormonales combinados que ofrecen protección contra el cáncer de ovario, de endometrio, embarazos ectópicos, anemia por deficiencia de hierro, enfermedades benignas de mama, problemas menstruales y quistes ováricos. (Cunningham F. G. 1998, Berek 1998, Rosenfield A. F. 1999) El indicador de usuarios activos de anticonceptivos por tipo de método, en la Secretaría de Salud en 1999 indica una predilección dentro de los métodos temporales al DIU y posteriormente los hormonales orales, y dentro de los quirúrgicos primero OTB y posteriormente vasectomía. (Garza F. J. 1999)

Pero contrario a lo que se podría esperar de éste desarrollo, la aceptación de dichos métodos aún no ha alcanzado un logro superior para disminuir tasas de morbilidad en nuestro País. (INEGI 1990-2000)

México fue uno de los primeros países latinoamericanos en establecer un

programa gubernamental específico para la atención a la salud de los adolescentes con la activa participación y compromiso de la sociedad civil organizada. Aunque se ha visto una tendencia hacia la disminución de embarazos en madres adolescentes en el país, tan solo en 1999 ocurrieron 372 mil nacimientos de madres adolescentes. La OMS como ya lo mencionamos antes considera el embarazo en adolescentes como un embarazo de riesgo en materia de salud con profundas implicaciones sociales.(OMS 1995)

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. Se provee de información veraz y oportuna y servicios con calidad que permitan a los adolescentes asumir su sexualidad de manera responsable y sin riesgos. (SSA 1994)

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. (SSA 1994)

Las acciones estratégicas del programa Nacional de Salud Reproductiva y planificación familiar definen a partir de cuatro componentes fundamentales: 1) planificación familiar, 2) salud sexual y reproducción de la población adolescente, 3) salud perinatal, 4) salud de la mujer. Los diferentes

componentes se articulan con los programas nacionales de población de la mujer (DGSR,SSA 1999). Con el fin de incrementar la cobertura y calidad del componente de planificación familiar se amplió la oferta de métodos y estrategias anticonceptivas para satisfacer las demandas y prioridades de la población usuaria destacando entre otras la anticoncepción hormonal inyectable. Las acciones en materia de comunicación educativa y social, de capacitación permanente al personal operativo de los servicios resultan en un incremento significativo de la práctica de planificación familiar .

Los servicios de planificación familiar deben ser gratuitos cuando sean prestados por instituciones del sector público. (SSA 1994) (Ley General de Salud-Normas Oficiales Mexicanas de la Secretaría de Salud). Actualmente en nuestro país se tiene contemplado el Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida, como medida de reducción de los rezagos en la salud que afectan a las poblaciones mas vulnerables, con énfasis en las mujeres y la población infantil. Este programa se vincula estrechamente con los Programas de Acción de Salud Reproductiva, Prevención y Control del CaCu, Prevención y Control del CaMa, Mujer y Salud, VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual, Comunidades Saludables, Infancia y Adolescencia entre otros. El proceso de evaluación de cada uno de los componentes del programa de salud reproductiva constituye una acción fundamental para vigilar su desarrollo, evolución y cumplimiento de objetivos, lo cual permite apreciar los niveles de cambio en el comportamiento demográfico y de salud en la población. Los instrumentos que se emplean en la evaluación del programa de salud reproductiva, se clasifican en indicadores de proceso, de resultados y de impacto. El cálculo de éstos indicadores se realiza con información de la salud para la población abierta de la Secretaria de Salud, los censos de población y vivienda, las estadísticas vitales y las encuestas nacionales de salud y de la dinámica demográfica, así como de proyecciones demográficas elaboradas por el consejo nacional de población. (CONAPO 1998)

La salud perinatal tiene como misión garantizar a toda la población una maternidad planeada, saludable y sin riesgos a través de incrementar la cobertura y calidad de la atención perinatal, del parto y puerperio, así como los cuidados del recién nacido (SSA 1993, INSP 2001). El componente de salud de la mujer pone énfasis en la prevención y control de la salud integral. Todas las acciones en materia de salud reproductiva se realizan con absoluto respeto a la dignidad de los individuos y a sus derechos reproductivos, particularmente los de las mujeres y niñas sin ninguna forma de coerción o discriminación. (WHO 2001)

En nuestro medio a pesar de los avances en materia de salud y desarrollo social y de todas éstas normas, nos enfrentamos con serios retrasos en esos mismos campos, la cobertura de planificación familiar es baja, lo que se traduce en embarazos de alto riesgo con madres añosas, alta morbilidad en enfermedad hipertensiva del embarazo, abortos recurrentes, etc. (SSA 1998, WHO 2000) Socialmente relacionado a pobreza, y toda la patología asociada a familias numerosas.

En 1994 la población usuaria de los servicios de planificación familiar era de 9.3 millones, actualmente se estima que mas de 11 millones de parejas utilizan un método anticonceptivo. (CONAPO 1999) Según la CONAPO, la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos alcanzó en el 2000, un 70.8%. (CONAPO 2000) En nuestro Hospital se tiene una cobertura del 40% de usuarias de métodos de planificación familiar en el primer año de vida de ésta Institución (SISPA 2002 HENM 2002) con un total de 8050 eventos obstétricos, (CNSO HENM) otro 10% lo realizan en el puerperio tardío, y el resto (50%) no los desearon, lo cual no concuerda con las cifras nacionales, siendo una cifra alarmante, sobre todo si

tomamos en cuenta la morbilidad materna – infantil con la que contamos.

Existiendo aparentemente muchos factores por los cuales nuestras pacientes no aceptan el uso de los métodos de planificación familiar que se ofrecen en el sector salud, siendo ésto el marco que nos lleva a realizar la presente investigación.

III. METODOLOGIA

El trabajo realizado es de tipo descriptivo, prospectivo transversal. La información fue recolectada directamente por el investigador mediante una encuesta plasmada en un formato predeterminado de recolección de datos (anexo 2). En el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer en un período del 1ero de Noviembre de 2002 al 30 de abril del 2003.

Se realizó una base de datos que fueron almacenados en Excel en el cual se capturaron todas las variables sujetas a estudio, posteriormente los resultados se validaron mediante estadística descriptiva, medidas de media y medidas de dispersión de desviación estándar y rango.

Se incluyó a todas las pacientes que tuvieron su evento obstétrico y que aceptaron entrar al estudio en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer en una muestra por cuota de 1ro de Noviembre del 2002 al 30 de Abril del 2003 con un total de 358 pacientes.

IV. RESULTADOS

En el período de tiempo del presente estudio, comprendido del 1 de Noviembre del 2002 al 30 de Abril del 2003 en el que se encuestaron 358 pacientes que tuvieron su evento obstétrico en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer encontrando de acuerdo al estado civil 69 casos (19.27%) de madres solteras, 289 casos (80.72) de madres casadas (Gráfica 1).

El promedio de edad 24.4años con desviación estandar de 6.36 años con rango de 24 años. De acuerdo a la edad de las pacientes se dividieron en grupos donde las edades fueron 8 entre ≤ 15 años 2.23%, 97 entre 16-20 años 27.09%, 128 entre 21-25 años 35.75%, 62 de 26-30 años 17.31%, 35 de 31-35 años, 9.77% y 28 de ≥ 36 7.82%. (gráfica 2)

La paridad se encontró 188 (52.51%) primigestas, 75 pacientes secundigestas 20.94% y 95 pacientes mayores o igual a 3 embarazos 26.53%. (gráfica 3).

La escolaridad fue en 19 pacientes (5.3%) nula , 215 pacientes(60.05%) primaria, 111 (31%) secundaria y preparatoria, y 13 (3.63%) con licenciatura (gráfica 4).

Respecto a la ocupación de las pacientes se encontraron 336 (93.85%) dedicadas al hogar, 22 (6.14%) fueron empleadas. (gráfica 5).

Religión 349 (97.48%) católicas y 9 (2.51%) de otras religiones (gráfica 6).

Se encontró como motivo de no utilización de método de planificación familiar 9 (2.36%) por miedo, 10 (2.95%) pacientes con motivos religiosos, 58 (15.97%) desconocían los métodos, 148 (41.42%) no lo deseaban, 61 (17.15%) pacientes lo solicitaban para tiempo posterior, 16 (4.14%) deseaban mas hijos, 9 (2.36%) sus parejas no lo aceptaron, 28 (7.69%) pacientes no lo habían platicado con su pareja y 19 (5.32%) no contaban con pareja.

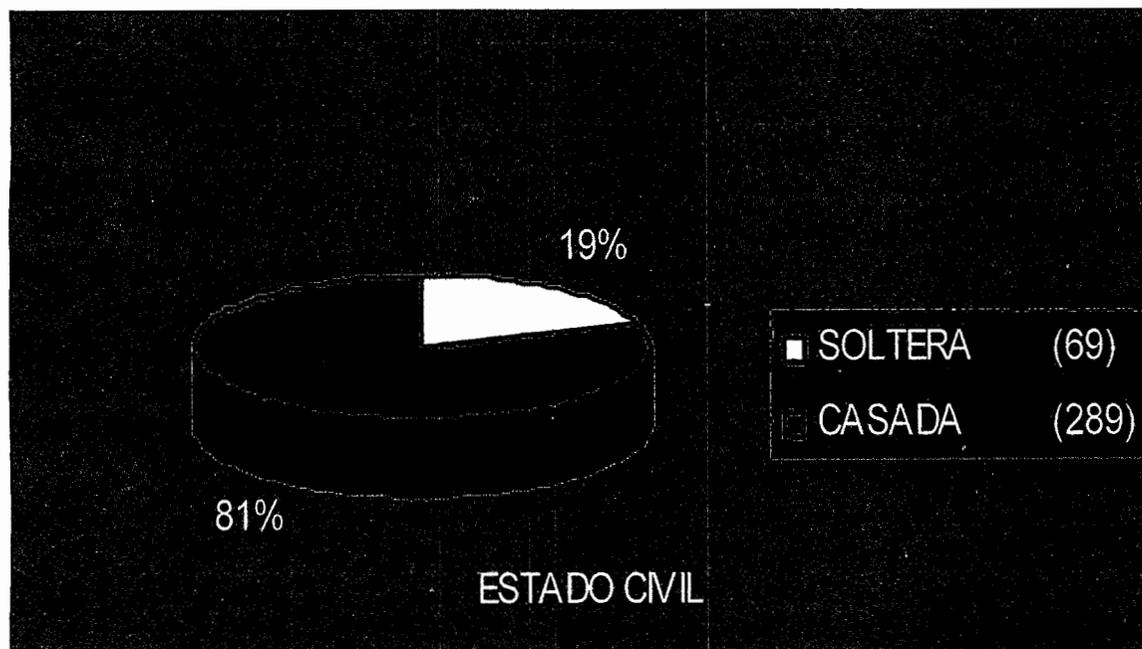
PRINCIPALES FACTORES DE NO ACEPTACIÓN DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES POST-EVENTO OBSTÉTRICO EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL NIÑO Y LA MUJER DE NOVIEMBRE DEL 2002 A ABRIL DEL 2003

CUADRO 1: ESTADO CIVIL

EDO. CIVIL	N	%
SOLTERA	69	19.27
CASADA	289	80.72
TOTAL	358	1

FUENTE: Encuestas realizadas del 1 de Noviembre del 2002 al 30 de abril del 2003
n: 358

GRAFICA 1: ESTADO CIVIL



FUENTE: Encuestas realizadas del 1 de Noviembre del 2002 al 30 de abril del 2003
n: 358

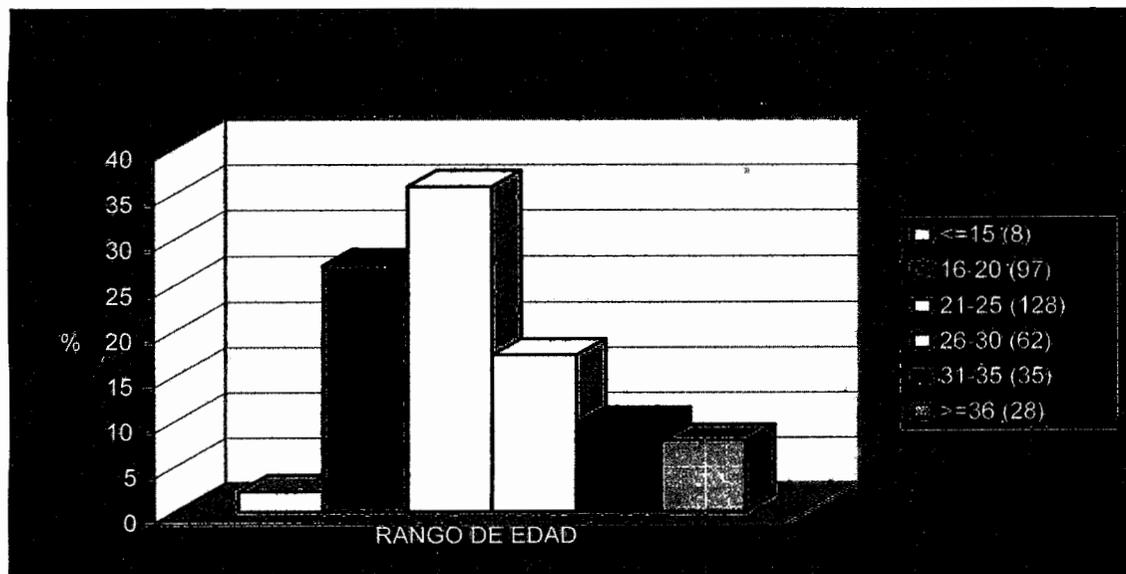
PRINCIPALES FACTORES DE NO ACEPTACIÓN DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES POST-EVENTO OBSTÉTRICO EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL NIÑO Y LA MUJER DE NOVIEMBRE DEL 2002 A ABRIL DEL 2003

CUADRO NO 2: RANGO DE EDAD

EDAD	N	%
<=15	8	2.23
16-20	97	27.09
21-25	128	35.75
26-30	62	17.31
31-35	35	9.77
>=36	28	7.82

FUENTE: Encuestas realizadas del 1 de Noviembre 2002 al 30 Abril 2003.
n: 358

GRAFICA 2 : RANGO DE EDAD



FUENTE: Encuestas realizadas del 1 de Noviembre del 2002 al 30 de abril del 2003
n: 358

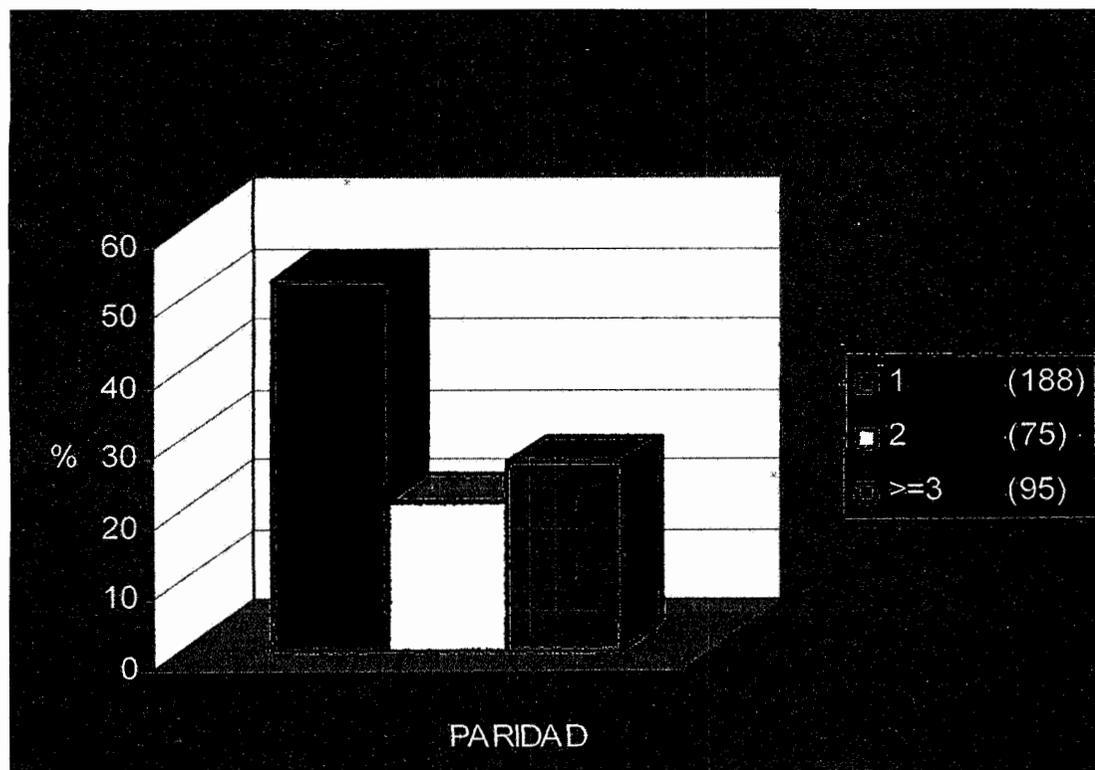
PRINCIPALES FACTORES DE NO ACEPTACIÓN DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES POST-EVENTO OBSTÉTRICO EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL NIÑO Y LA MUJER DE NOVIEMBRE DEL 2002 A ABRIL DEL 2003

CUADRO 3: PARIDAD

PARIDAD	N	%
1	188	52.51
2	75	20.94
≥ 3	95	26.53
TOTAL	358	100%

FUENTE: Encuestas realizadas del 1 de Noviembre del 2002 al 30 de abril del 2003.
n: 358

GRAFICA 3: PARIDAD



FUENTE: Encuestas realizadas del 1 de Noviembre del 2002 al 30 de abril del 2003
n: 358

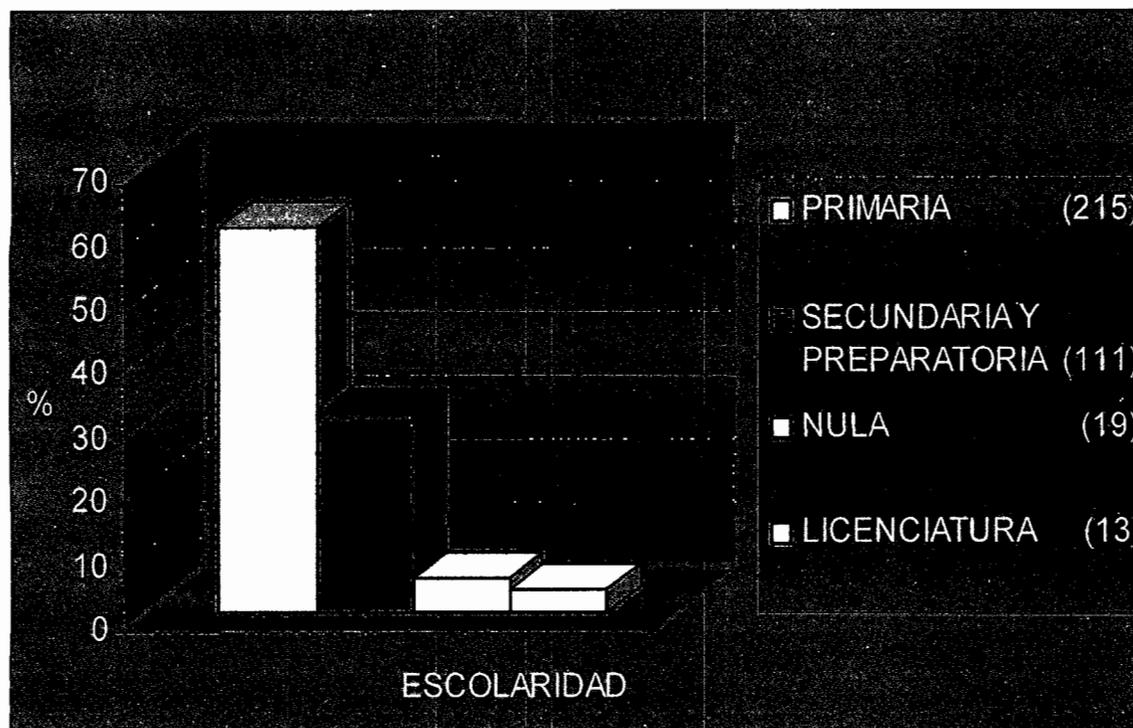
PRINCIPALES FACTORES DE NO ACEPTACIÓN DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES POST-EVENTO OBSTÉTRICO EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL NIÑO Y LA MUJER DE NOVIEMBRE DEL 2002 A ABRIL DEL 2003

CUADRO 4: ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	N	%
NULA	19	5.3
PRIMARIA	215	60.05
SECUNDARIA Y PREPARATORIA	111	31
LICENCIATURA	13	3.63
TOTAL	358	100%

FUENTE: Encuestas realizadas del 1 de Noviembre del 2002 al 30 Abril 2003.
n: 358

GRAFICA 4: ESCOLARIDAD



FUENTE: Encuestas realizadas del 1 de Noviembre del 2002 al 30 de abril del 2003
n: 358

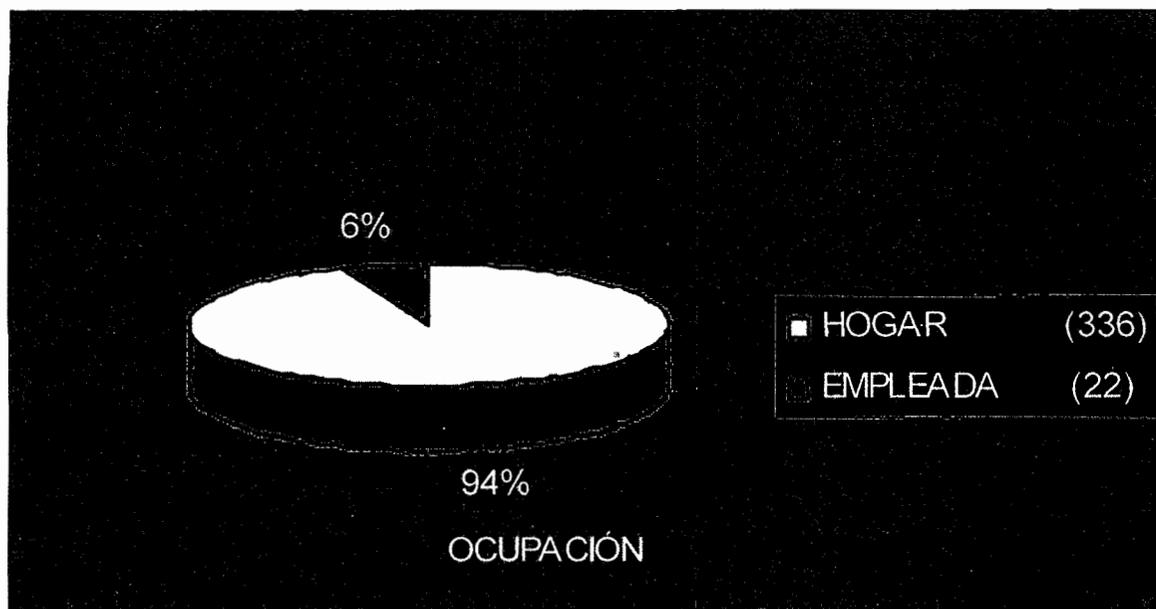
PRINCIPALES FACTORES DE NO ACEPTACIÓN DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES POST-EVENTO OBSTÉTRICO EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL NIÑO Y LA MUJER DE NOVIEMBRE DEL 2002 A ABRIL DEL 2003

CUADRO 5: OCUPACIÓN

OCUPACIÓN	n	%
HOGAR	336	93.85
EMPLEADA	22	6.14
TOTAL	358	100%

FUENTE: Encuestas realizadas del 1 de Noviembre del 2002 al 30 Abril 2003.
n: 358

GRAFICA 5: OCUPACIÓN



FUENTE: Encuestas realizadas del 1 de Noviembre del 2002 al 30 de abril del 2003
n: 358

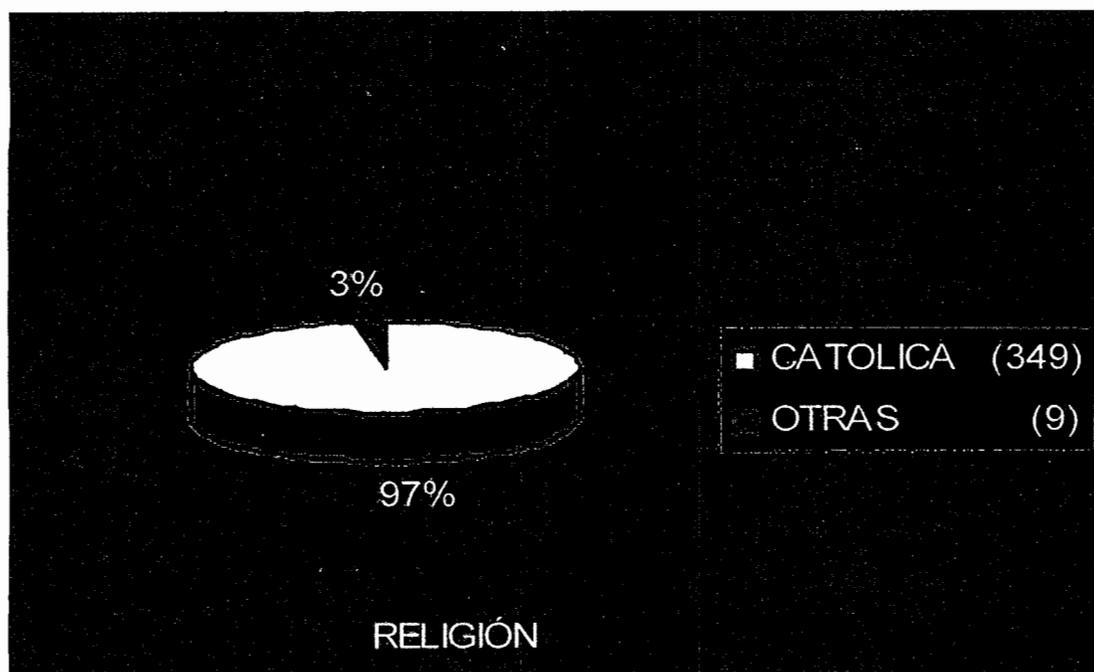
PRINCIPALES FACTORES DE NO ACEPTACIÓN DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES POST-EVENTO OBSTÉTRICO EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL NIÑO Y LA MUJER DE NOVIEMBRE DEL 2002 A ABRIL DEL 2003

CUADRO 6: RELIGIÓN

RELIGIÓN	n	%
CATÓLICA	349	97.48
OTRAS	9	2.51
TOTAL	358	100%

FUENTE: Encuestas realizadas del 1 de Noviembre del 2002 al 30 Abril del 2003.
n: 358

GRAFICA 6: RELIGIÓN



FUENTE: Encuestas realizadas del 1 de Noviembre del 2002 al 30 de abril del 2003
n: 358

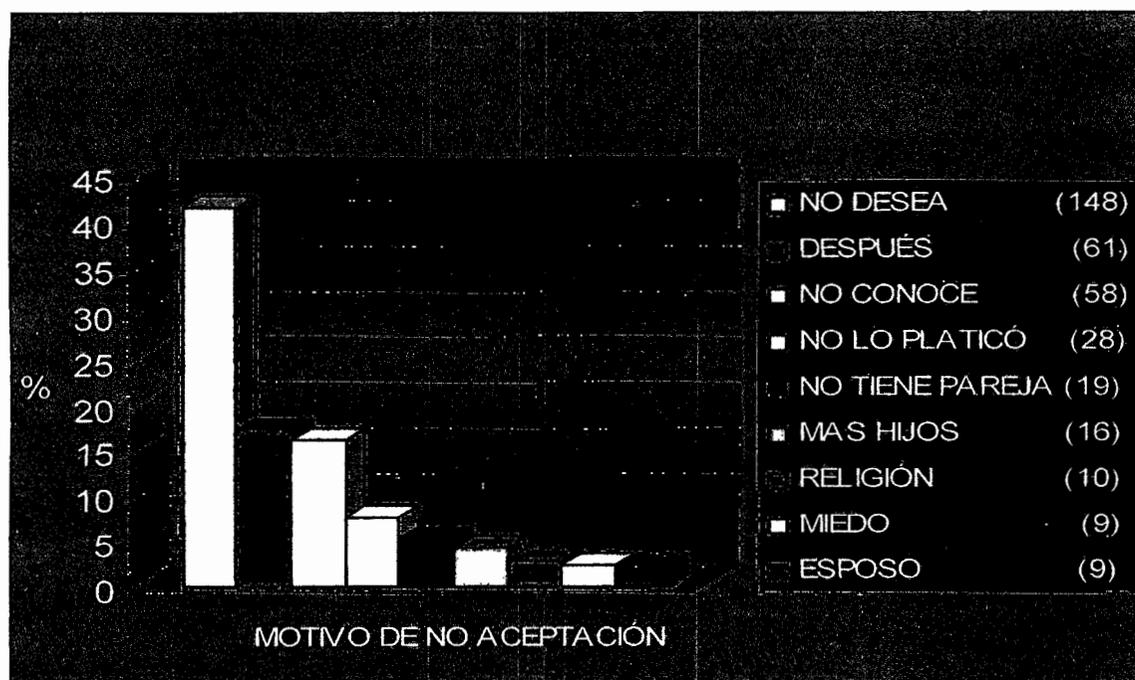
PRINCIPALES FACTORES DE NO ACEPTACIÓN DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES POST-EVENTO OBSTÉTRICO EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL NIÑO Y LA MUJER DE NOVIEMBRE DEL 2002 A ABRIL DEL 2003

CUADRO 7: MOTIVOS DE NO ACEPTACIÓN

MOTIVO DE NO ACEPTACIÓN	N	%
NO DESEA	148	41.42
DESPUÉS	61	17.15
NO CONOCE	58	15.97
NO LO PLATICÓ	28	7.69
NO TIENE PAREJA	19	5.32
QUIERE MAS HIJOS	16	4.14
RELIGIÓN	10	2.95
MIEDO	9	2.36
ESPOSO NO ACEPTA	9	2.36
TOTAL	358	100

FUENTE: Encuestas realizadas del 1 de Noviembre del 2002 al 30 Abril del 2003
n: 358

GRAFICA 7: MOTIVOS DE NO ACEPTACIÓN



FUENTE: Encuestas realizadas del 1 de Noviembre del 2002 al 30 de abril del 2003
N:358

V. DISCUSIÓN

Siendo los programas de salud reproductiva uno de los programas prioritarios de salud, mediante ésta investigación se puede ver reflejada la idiosincrasia de la población de Querétaro acerca del uso de ésta, y a su vez ver el reflejo sobre el impacto mundial en los rubros referentes al impacto social y económico.

En el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer “Dr. Felipe Núñez Lara”, por ser un hospital de 2º nivel, lo que significa que atiende a los nacimientos del estado de Querétaro y donde se promueven los métodos de planificación familiar posterior a la resolución del embarazo, se ha visto que de las mujeres atendidas en la unidad, el motivo por el cual no hubo una aceptación de un método de planificación es que éste no es deseado en un 41%, o bien desean que éste sea implementado posteriormente en un 17%. Es importante hacer la anotación que en un 2% es debido a que el marido no acepta, mientras que el 15% dice no conocerlos. En un 94% son amas de casa y el 60% cuenta con nivel primario de estudios.

Comparado con los reportes nacionales se ve que en el HENM se cuenta con una cobertura del 40% de utilización del método de planificación y que el uso del mismo se ve influenciado a una decisión personal de no desear utilizarlo, sin olvidar que el 81% es casada. También se observa la importancia del nivel de escolaridad, ya que se cuenta con nivel de primaria en un 60%, así como influyente es que el 94% se dedica al hogar. Existe una alta incidencia de madres solteras y el rango de edad que son en su mayoría adolescentes.

VI. CONCLUSIONES

Con la evidencia de éstos resultados, se observa que el grupo meta para la promoción de la consejería de métodos de planificación son las mujeres adolescentes, que no cuentan con la paridad satisfecha, haciendo énfasis en el conocimiento de los métodos tanto a la mujer como a la pareja, y que ésta información se maneje a niveles de primaria, atendiendo a la necesidad de que se enfoque a las mujeres casadas en su mayoría dedicadas al hogar y que únicamente cuentan con el grado de primaria, así como la utilización de los medios masivos de comunicación y suponer que con escolaridad primaria no se tiene impacto sobre la sexualidad y planificación familiar adecuada, lo que deberíamos reforzar para concientizar a la población sobre éste tema, para tener mejor control sobre la natalidad.

Se puede concluir que es importante dar una sensibilización acerca de los métodos de planificación familiar a la pareja como institución, ya que como se observa en el trabajo, en un 81% de las pacientes viven en pareja, por lo cual su alto porcentaje es un foco importante, sin olvidar al 17% que no cohabitan con pareja y la mayoría de las veces son embarazos no planeados.

Es importante identificar que el grupo de edad que menos acepta los métodos de planificación familiar son aquellos entre los 19 y 25 años, aún y que se contó con la orientación y consejería para el uso de métodos, siendo un dato importante que el 52% son primigestas, por lo que se puede inferir que a la percepción de la paciente después del primer hijo, no se requiere de la utilización de métodos, por lo que no existe una planeación prospectiva de la conformación de la familia.

En éste estudio no se puede valorar el impacto de la religión sobre la decisión de la natalidad de hijos, debido a que un 98% de la población es católica.

VII. BIBLIOGRAFÍA

Berek, Ginecología de Novak 12ª edición, Ed Mc Graw Hills, 1998, 227-270 pp

Consejo Nacional de Población, Proyecciones de la población de México, 1998.

Consejo Nacional de Población. Comité técnico para la revisión de avances CIPD+5, Ejecución del programa de acción de la conferencia Internacional sobre la población y Desarrollo, La Haya México 1999.

Consejo Nacional de Población: censo de población y vivienda 2000
<http://www.conapo.gob.mx/prensa/resumeninf.htm>.

Cunningham, Williams Obstetricia, 20ª edición, Ed. Panamericana 1998, 13-14pp

Dirección General de Salud Reproductiva, SSA Norma oficial mexicana de los servicios de planificación familiar, México, 30 de mayo 1994

Dirección General de Salud Reproductiva, SSA, Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer. México: Diario oficial de la federación 6 enero 1995

Dirección General de Salud Reproductiva, SSA, La Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes. Una estrategia preventiva. Ed. Buena México 1999.

Dirección General de Salud Reproductiva, la comunicación de salud reproductiva. Una experiencia prioritaria en la implementación del programa. México, secretaria de Salud 1999.

Dirección General de Estadística e Informática, Mortalidad, México SSA 1999.

Dirección General de Estadística e Informática, SSA Boletín de Información

Estadística, 1990-1998. México 1991-1999.

Garza F. J. 1999 Introduction of cyclofema once-a-month injectable contraceptive in México, secretaria de Salud 1999.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica, México, 1997.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Programa Nacional de Población I N E G I 2000 www.inegi.gob.mx

Larry J. C. Ginecología 2da edición. ED. Panamericana 2002, 299-347pp

Organización Mundial de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con salud. Ginebra 1995.

Pérez P G, MO. Sexualidad y Salud Reproductiva, en cordera, México Joven, políticas y propuestas para la discusión, México UNAM, 1996.

Pérez P.G Salud Reproductiva, Población y desarrollo en la antesala del 3er milenio e. Editores La Salud en México, Siglo XXI 1999.

Pérez P.G. et, at, El Derecho a la libre Decisión. La planificación familiar en el contexto de salud reproductiva SSA 2000.

Rosenfield A. F. Manual de reproducción Humana F.I.G.O. Vol. 19 1999, 116-248pp.

Secretaria de Salud/INEGI Mortalidad materna. México D.F. 1990-2000.

Secretaria de Salud. Norma Oficial Mexicana para la atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto, Puerperio y el Recién nacido. NOM-007-SSA-1993.

Secretaria de Salud. Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar. NOM-05-SSA-1993.México D.F. Mayo 1994.

Secretaria de Salud, Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000, México, Diario Oficial de la Federación, 11 marzo 1996.

Secretaria de Salud, Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000, Diario Oficial de la Federación, 13 sep 1996.

Sistema Nacional de Salud, Manual de organización y procedimientos de los comités para el estudio de la mortalidad materna, México: Dirección General de Salud Reproductiva SSA 1997.

Sistema Nacional de Salud, Comité Promotor para la maternidad sin riesgos en México, puestos de salud para mujeres embarazadas, México 1998

World Health Organization. WHO. La biblioteca de salud reproductiva de la OMS, No.3 Ginebra 2000.

World Health Organization. WHO. Estimates of maternal mortality. A new approach by WHO and UNICEF. April 2000.

World Health Organization. WHO. Improving access to quality care in family planning. Medical Eligibility. Criteria for contraceptive use. 2001

ANEXO 1

Hoja de Autorización.

Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer

Encuesta para la valoración de los "PRINCIPALES FACTORES DE NO ACEPTACIÓN DE LOS METODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES POST-EVENTO OBSTETRICO EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL NINO Y LA MUJER DE NOVIEMBRE 2002 A ABRIL DE 2003"

La que suscribe _____ autorizo mi participación en este estudio del cual se me ha informado, de el procedimiento y de los objetivos que con mi información confidencial se llevaran acabo sin que dicha información sea utilizada para otras causas, por lo que acepto participar libremente en la misma.

Fecha: _____

Querétaro, Qro.

Nombre y firma del paciente _____

ANEXO 2

**ENCUESTA PARA LA VALORACION DE "PRINCIPALES FACTORES DE NO
ACEPTACIÓN DE LOS METODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN
MUJERES POST-EVENTO OBSTETRICO EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA
DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL NINO Y LA MUJER DE
NOVIEMBRE 2002 A ABRIL DE 2003"**

NOMBRE _____

OCUPACION:

HOGAR
TRABAJA FUERA DEL
HOGAR

EDAD:

12-18
19-25
26-30
31-35
>35

RELIGION:

CATOLICA
OTRAS

GESTAS:

1
2
>ó=3

MOTIVOS:

NO LOS CONOCE
RELIGIOSOS
NO DESEA
DESPUES
LA PAREJA NO LO DESEA
NO LO HA PLATICADO
DESEA MAS HIJOS
NO TIENE PAREJA.

SITUACIÓN CONYUGAL:

SOLTERA
UNIDA

ESCOLARIDAD:

ANALFABETA
PRIMARIA
SECUNDARIA
PREPARATORIA
PROFESIONISTA