

INDICE DE ACEPTACION DE METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR DEFINITIVO EN EL HOSPITAL REGIONAL ISSEMYM TLALNEPANTLA, DEL 1 DE ENERO 2013 AL 31 DE JUNIO DE 2013”

Marco Teórico

Con el inicio del siglo XXI comienzan una serie de retos en salud reproductiva y particularmente en el área de planificación familiar: tenemos una mayor conciencia de los problemas ambientales y una nueva sensibilidad en cuanto a las opciones de los individuos para acceder a los servicios de salud.¹ La planificación familiar tiene el potencial de salvar vidas de millones de mujeres y niños, determinando el bienestar económico de millones de familias.

Si logramos mejorar los servicios, cobertura e información al mismo ritmo que aumenten las necesidades de la población podríamos estabilizarlo en la cifra actual de población o tal vez por debajo de esta.¹

En el censo de población y vivienda 2010, realizado por INEGI se contaron 112 millones 336 mil 568 habitantes en México. Y de las entidades la que cuenta con mayor número de población es el Estado de México con 15 millones 175 mil 862 habitantes por encima del distrito federal.⁸ Y la cifra tal vez fuera incalculable de no contar con los diferentes métodos anticonceptivos que han tenido una implicación demográfica y social en la estructura familiar de manera extraordinaria.²

El CONEVAL informó en julio de este año el informe de pobreza que se realizó en 2012 y en México existen 53.3 millones de personas en estado de pobreza siendo un 45.5% de la población.³

Según la OMS La mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2010 murieron 287 000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se produjeron en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado.⁴

En México en el año 2002 al 2007 se registraron 7 mil 366 muertes maternas de las cuales 1,090 correspondieron al estado de México siendo este el primer lugar de la república mexicana.

En México y el mundo continúan muriendo mujeres cada día por causas relacionadas con el embarazo durante la gestación, el parto y el puerperio. Más del 99% de estas 7 mil 366 muertes, la mayoría son evitables, dado que las soluciones de atención médica para prevenir o tratar las complicaciones son bien conocidas.⁵

El aborto sobre todo en caso de embarazos no deseados que se vuelven ilegales y que por lo tanto se realizan en lugares no adecuados con riesgo de sepsis grave, las enfermedades hipertensivas y las hemorragias obstétricas siguen siendo las tres primeras causas de muerte materna y es claro que estas complicaciones aumentan el riesgo con el aumento del número de embarazos.⁵

Causas	2005	2006	2007
Total	1,242	1,166	1,097
Aborto	93	94	81
Enfermedad hipertensiva del embarazo	322	344	278
Hemorragia del embarazo, parto y puerperio	304	257	267
Otras complicaciones principalmente del embarazo y parto	181	148	143
Sepsis y otras infecciones puerperales	30	28	28
Complicaciones venosas en el embarazo, parto y puerperio	16	10	9
Otras complicaciones principalmente puerperales	61	49	49
Muerte obstétrica de causa no especificada	5	6	0
Causas Obstétricas indirectas	230	230	242

Los programas de planificación familiar han sido desarrollados y patrocinados para ofrecer a la gente un medio que les permita tener el número de hijos que desea y reducir la incidencia de embarazos no deseados y también como un recurso para mejorar la salud materno-infantil al disminuir los múltiples riesgos que conlleva un embarazo en condiciones no apropiadas⁷

De acuerdo a la NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar en su apartado respecto a la Oclusión tubaria bilateral la cual se define como un método anticonceptivo permanente para la mujer, que consiste en la oclusión tubaria bilateral de las trompas uterinas, con el fin de evitar la fertilización. Y hace referencia a la efectividad anticonceptiva que bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%.¹

Las Indicaciones es para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o múltiparas que deseen un método permanente de anticoncepción, en las siguientes condiciones: Paridad satisfecha, Razones médicas y retardo mental, así como las contraindicaciones esta la enfermedad inflamatoria pélvica activa.¹

Dentro de las precauciones debemos tener en cuenta el embarazo o sospecha de embarazo. Las discrasias sanguíneas no controladas, Anemia severa., en el caso del posparto, cuando el neonato presente problemas de salud que comprometan su supervivencia y la falta de movilidad uterina (adherencias).¹

Este procedimiento puede realizarse en el intervalo, posparto, transcesárea y posaborto el tipo de Anestesia se debe indicar, según el caso, anestesia local más sedación, bloqueo epidural o anestesia general. Se debe recomendar anestesia local más sedación en el posparto, posaborto e intervalo¹

El abordaje y la técnica quirúrgica la selección dependerá del criterio clínico, de la experiencia del médico que realice el procedimiento y de la disponibilidad de instrumental, equipo y material necesarios. La vía de acceso a la cavidad abdominal puede ser por minilaparotomía, laparoscopia, histeroscopia o colpotomía y el procedimiento de oclusión tubaria puede ser por: Salpingectomía y ligadura, Salpingotomía (fimbriectomía), Técnicas de Pomeroy, Uchida e Irving, Mecánica: por aplicación de anillos de Yoon o electrofulguración. En todos los casos se debe realizar el procedimiento siguiendo las normas y técnicas quirúrgicas recomendadas por las instituciones del Sistema Nacional de Salud.⁷

Existen lineamientos generales para la prescripción por ser de carácter permanente, este método en particular requiere de un proceso amplio de consejería previa a su realización.⁷

La autorización escrita del consentimiento informado de la usuaria (firma o huella dactilar) o de su representante legal se debe llevar a cabo una valoración del riesgo quirúrgico y cuando proceda, del riesgo anestésico, en todos los casos la oclusión tubaria bilateral debe efectuarse por personal médico debidamente capacitado para su realización, teniendo en cuenta que procedimiento puede efectuarse en cualquier día del ciclo menstrual, cuando se esté razonablemente seguro de que no hay embarazo y puede manejarse como cirugía de corta estancia en el puerperio de bajo riesgo, en el posaborto y en el intervalo siempre y cuando este procedimiento se debe realizar bajo las normas quirúrgicas y de esterilización establecidas, cumpliendo los criterios para la selección del método, la edad y paridad de la mujer no serán factores de contraindicación del método.⁷

Este método anticonceptivo es permanente. La aceptante debe estar consciente de esta característica antes de la realización del procedimiento y es importante mencionar que hasta el momento no se conocen efectos colaterales asociados directamente al método, ocasionalmente pueden presentarse problemas asociados al procedimiento anestésico (bloqueo epidural o anestesia general) o quirúrgico (hemorragia o infección)⁸

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.¹⁴ 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 ninguna otra esfera sanitaria que influya tan profundamente en las personas y las sociedades.³ 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.⁹

Planteamiento del Problema

- ¿Qué índice de aceptación tienen las pacientes femeninas en edad reproductiva del hospital regional ISSEMYM Tlalnepantla del método de planificación familiar definitivo?

Objetivos

OBJETIVO GENERAL:

- Conocer el índice de aceptación del método de planificación familiar definitivo en la población femenina en edad reproductiva del hospital Regional ISSEMyM Tlalnepantla durante un periodo de evaluación de 6 meses.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar los factores socioculturales que influyen en la aceptación del método de planificación familiar definitivo.
- Determinar la importancia de la pareja en la aceptación del método de planificación familiar definitivo.
- Identificar la aceptación que tiene en su situación actual o en su futuro reproductivo el método de planificación familiar definitivo.

Justificación

En México y el mundo continúan muriendo mujeres cada día por causas relacionadas con el embarazo durante la gestación, el parto y el puerperio. Más del 99% de estas 358.000 muertes anuales en el mundo, se produce en los países en desarrollo y la mayoría son evitables, dado que las soluciones de atención médica para prevenir o tratar las complicaciones son bien conocidas.¹⁰

Con el inicio del siglo XXI comienzan una serie de retos en salud reproductiva y particularmente en el área de planificación familiar: tenemos una mayor conciencia de los problemas ambientales y una nueva sensibilidad en cuanto a las opciones de los individuos para acceder a los servicios de salud.⁶ La planificación familiar tiene el potencial de salvar vidas de millones de mujeres y niños, determinando el bienestar económico de millones de familias. Si logramos mejorar los servicios, cobertura e información al mismo ritmo que aumenten las necesidades de la población podríamos estabilizarlo en la cifra actual de población o tal vez por debajo de esta.¹¹

En el censo de población y vivienda 2010, realizado por INEGI se contaron 112 millones 336 mil 568 habitantes en México. Y de las entidades la que cuenta con mayor número de población es el Estado de México con 15 millones 175 mil 862 habitantes por encima del distrito federal.⁸ Y la cifra tal vez fuera incalculable de no contar con los diferentes métodos anticonceptivos que han tenido una implicación demográfica y social en la estructura familiar de manera extraordinaria.²

El CONEVAL informó en julio de este año el informe de pobreza que se realizó en 2012 y en México existen 53.3 millones de personas en estado de pobreza siendo un 45.5% de la población.³

Los programas de planificación familiar han sido desarrollados y patrocinados para ofrecer a la gente un medio que les permita tener el número de hijos que desea y reducir la incidencia de embarazos no deseados y también como un recurso para mejorar la salud materno-infantil al disminuir los múltiples riesgos que conlleva un embarazo en condiciones no apropiadas.^{12,13}

La justificación de este estudio y que considero lo más importante de todas las medidas de prevención y promoción a la salud de la mujer que realmente se vería reflejado en disminuir las cifras millonarias en el presupuesto prenatal y postnatal de cada familia municipio estado y países así como la tasa de mortalidad materna es la información a la población sobre el método de planificación definitivo y para esto es fundamental conocer la aceptación de este método en nuestra población y en base a sus dudas, inquietudes o falta de información dirigir la promoción en busca de disminuir la tasa de embarazos no deseados donde el común denominador de todo esto es la pobreza y la falta de información.

METODOLOGÍA

- Se trata de un estudio descriptivo, observacional, transversal y prospectivo. Que se realizo en el Hospital Regional de Tlalnepantla ISSEMYM, del 01 de enero de 2013 al 31 de junio de 2013, se incluyen pacientes atendidas en este hospital, en edad reproductiva. Y se les aplico un cuestionario en el cual se busco conocer la aceptación de método de planificación familiar definitiva y sus factores asociados.

MUESTRA

- Pacientes atendidas en el Hospital Regional de Tlalnepantla - ISSEMYM, en edad reproductiva aun sin método de planificación familiar definitivo.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Pacientes mujeres de 18 a 45años.
- Pacientes sin método de planificación familiar definitivo.
- Derechohabientes del ISSEMYM.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Pacientes mujeres menores de 18 años y mayores de 45años.
- Pacientes que ya cuenten con método de planificación familiar definitivo.
- Pacientes no derechohabientes del ISSEMYM.

VARIABLES

1. VARIABLES INDEPENDIENTES:

- Edad
- Sexo

2. VARIABLES DEPENDIENTES:

- Escolaridad
- Estado civil
- Religión
- Número de hijos nacidos vivos.
- Autorización de la pareja
- Desconocimiento del método
- Riesgos y complicaciones del método.
- Vasectomía en la pareja.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN
EDAD	Cuantitativa	Duración de la vida desde el nacimiento hasta el momento actual.	Cifra medida en años referida por la paciente.	Años
SEXO	Cualitativa	Determinado por las características anatómicas y cromosómicas.	Masculino o Femenino	Nominal
ESCOLARIDAD	cuantitativa	Periodo de tiempo que dura la estancia de un niño o joven en una escuela para estudiar y recibir la enseñanza adecuada	Grado de estudios referido por la paciente	Básica Profesional Posgrado
ESTADO CIVIL	cualitativa	Situación de hecho de la población de 12 o más años en relación con las leyes y costumbres matrimoniales del país.	Situación civil de convivencia de la paciente de acuerdo a la ley	soltero, casado, Viudo, divorciado, anulado.
RELIGION	cualitativa	es una actividad humana que suele abarcar creencias y prácticas sobre cuestiones de tipo existencial, moral y sobrenatural	Tipo de práctica o creencias de la paciente	Cristiana Católica Otras..
NUMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS	cuantitativa	Se refiere al número total de hijos nacidos vivos que ha tenido la madre hasta el momento en que registra su último hijo.	Número de hijos nacidos vivos al momento referidos por la paciente	0-2 2 o mas
AUTORIZACION DE LA PAREJA	cualitativa	Sólo tiene que dar su consentimiento la persona interesada en realizarse la OTB y aceptar por escrito que desea la operación. Aunque el ideal es que la mujer lo platique con su pareja y ambos estén de acuerdo con esta decisión.	Si requiere de la autorización de la pareja para tomar la decisión de realizar el método de planificación familiar definitivo.	Necesaria Innecesaria
DESCONOCIMIENTO DEL METODO	Cualitativa	Falta de información o desconocimiento del tema a cuestionar	Que no conozca la OTB o salpingoclasia	Conoce o no lo conoce

RIESGOS Y COMPLICACIONES DEL METODO	cualitativa	Según la NOM 005 ocasionalmente pueden presentarse problemas asociados al procedimiento anestésico (bloqueo epidural o anestesia general) o quirúrgico (hemorragia o infección).4	El temor a sufrir los posibles riesgos o complicaciones del procedimiento quirúrgico	nominal
VASECTOMIA EN LA PAREJA	cuantitativa	Esterilización quirúrgica masculina	Que la pareja ya cuente con un método de planificación familiar definitivo	Con vasectomía Sin vasectomía.

INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Se utilizó el cuestionario realizado por el investigador para la obtención de los datos a estudiar de acuerdo a las necesidades del estudio.

DESARROLLO DEL PROYECTO

RECURSOS:

1. RECURSOS HUMANOS: profesional de la salud, médico residente.

2. RECURSOS MATERIALES:
 - Bolígrafo, lápiz, tinta de impresora, hojas blancas.

 - Inventariables: cuestionario para recolección de datos y programa informático Microsoft office Word, Excel,

 - Financieros: se llevo a cabo con los recursos disponibles en el Hospital Regional de Tlalnepantla – ISSEMYM, y los proporcionados por el investigador. El costo aproximado será de \$1000.00 MN.

A todas las pacientes durante el tiempo referido se les realizó el cuestionario para la obtención de los datos de acuerdo a las necesidades del estudio.

LÍMITE DE TIEMPO Y ESPACIO

El estudio se llevo a cabo en el Hospital Regional de Tlalnepantla del ISSEMYM, en el área de consulta externa de Ginecología y Obstetricia, en el periodo de tiempo comprendido de enero a junio de 2013.

CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	Diciembre 2012	Enero 2013	Febrero 2013	Enero 2013 Junio 2013	Julio 2013	Julio 2013	Agosto 2013	Septiembre 2013
Selección del tema								
Búsqueda bibliográfica								
Elaboración Marco teórico								
Recolección de datos								
Análisis de los cuestionarios								
Análisis estadístico								
Interpretación de datos y resultados								
Conclusiones								
Revisión								

DISEÑO DE ANÁLISIS

Se capturaron los datos llenando el cuestionario que se muestra como Anexo I.

El análisis estadístico se realizó mediante medidas de tendencia central (media, mediana y moda).

IMPLICACIONES ÉTICAS

Los procedimientos propuestos están de acuerdo con la Ley General de Salud en Materia de Investigación en seres humanos y con la declaración de Helsinki de 1975 modificada en Tokio en 1984 y de acuerdo a los criterios de Nuremberg.

El protocolo se someterá a la aprobación por el comité local de Investigación.

El presente estudio no es experimental y por lo tanto no modifica el tratamiento y seguimiento de las pacientes incluidas, por lo cual no tiene implicaciones éticas.

ANALISIS DE RESULTADOS:

Se realizaron 400 cuestionarios en mujeres en edad reproductiva (19-38 años). El mayor porcentaje se agrupó entre los 24 y 29 años de edad con una media en los 27.15 años y una desviación estándar de 4.5 como lo podemos observar en la grafica 1:

En cuanto a las características socio demográficas la mayoría de estas mujeres eran casadas 68% 18% solteras 12% divorciadas y 8% unión libre Grafica 2:

El grado de escolaridad de las encuestadas varía desde secundaria con un 18% hasta universitaria 17% agrupándose el mayor porcentaje en nivel preparatoria con el 43% Grafica 3.

En cuanto a la ocupación de nuestra población la mayor parte de las mujeres encuestadas se dedica al hogar con un 33%. Otras ocupaciones fueron estudiante 12 % secretaria 13% policía 11% Y cabe mencionar que los porcentajes más bajos correspondían a profesionistas (servidor público 7% abogada 3%) Grafica 4:

De acuerdo a la religión la mayoría de nuestras pacientes encuestadas tenían 2 hijos con un 55% y el más 4. Grafica 5.

Dos terceras partes de las pacientes tenían paridad satisfecha y una tercera parte deseaba un hijo más. Grafica 6:

El método de planificación utilizado entre nuestros pacientes encuestadas fue en primer lugar el preservativo con el 44% seguida por el DIU 14% y el hormonal oral 11%. Cabe mencionar que una tercera parte de nuestras pacientes no utilizan ningún método de planificación familiar. Grafica 7

En cuanto a conocimiento y aceptación del método que es el objetivo central de este estudio la gran mayoría de nuestras pacientes conocen el método de planificación familiar definitivo (68%), sin embargo el porcentaje de aceptación es muy bajo, siendo este un 23% Grafica 8-9.

La razón principal (44%) por la cual no se acepta el método de planificación familiar definitivo es porque requiere autorización de su pareja. Otras causas son el riesgo que conlleva una intervención quirúrgica. La religión fue una causa relativamente menor de acuerdo a lo esperado por el autor. Grafica 10.

Posteriormente hicimos un análisis por estratos para aumentar la sensibilidad de la encuesta, encontrando algunos datos interesantes.

Al analizar el método de anticoncepción utilizado actualmente por nuestras encuestadas, de acuerdo a su religión encontramos que hubo una marcada preferencia por el uso de preservativo en las pacientes de religión católica. Dicha preferencia tuvo una significancia estadística con un valor $p < 0.005$. También encontramos que un porcentaje alto de las mujeres que mencionaron no tener ninguna creencia religiosa, no utilizaba tampoco ningún método de planificación sugerido en la encuesta (preservativo, DIU u hormonales). Este resultado también mostro significancia estadística con valor $p < 0.005$. Grafica 11.

Cuando analizamos de acuerdo a la religión de las pacientes, acerca de su conocimiento del método definitivo de anticoncepción, no encontramos diferencia estadísticamente significativa. En general todas estaban relativamente bien informadas sobre este método. Grafica 12.

**77% No
acepto el
método de
planificación
familiar OTB.**

En cuanto al porcentaje de aceptación del método, fue un poco mayor en las pacientes sin creencia religiosa (alrededor del 50%) en comparación con las cristianas (22%) y católicas (23%). El valor p fue de 0.008. Grafica 13.

Cuando analizamos las respuestas de acuerdo al nivel de escolaridad, encontramos que el uso de algún método de anticoncepción se da en mayor porcentaje a nivel de secundaria y de licenciatura. Sin embargo a nivel preparatoria encontramos el mayor descuido en esta situación (48%). El mayor nivel de uso de hormonales lo encontramos en las pacientes con escolaridad máxima de secundaria (33%). Ambos resultados tuvieron significancia estadística (valor $p < 0.05$). Grafica 14.

Encontramos que el mayor porcentaje de desconocimiento del método de planificación familiar definitivo, se dio en pacientes con escolaridad a nivel preparatoria (46% desconocen este método) y las mejor informadas en este método se encontró a nivel licenciatura (82% conocen el método). Ambos resultados con valor $p < 0.005$. Grafica 15.

El menor nivel de aceptación del método definitivo fue en mujeres con escolaridad secundaria (0% de aceptación) y el mayor fue en mujeres con licenciatura, aunque este tampoco fue muy elevado (41%). Las mujeres con preparatoria o carrera técnica tuvieron resultados intermedios (32% y 9% respectivamente). Valores $p < 0.005$. Grafica 16.

Cuando analizamos los resultados de acuerdo al estado civil de las encuestadas encontramos que las mujeres solteras son las que no utilizan ningún método en mayor porcentaje (38%) y las que más se cuidan son las mujeres casadas (69%) y divorciadas (75%). Con significancia estadística. Grafica 17.

En cuanto desconocimiento del método definitivo, no hubo diferencia estadísticamente significativa en relación a su estado civil. Grafica 18.

Sin embargo, cuando analizamos la aceptación del método definitivo, encontramos que el 24% de las casadas lo acepta, el 27% de las solteras, el 16% de las divorciadas y el 12% de las que se encuentran en unión libre. Tampoco hubo diferencia estadísticamente significativa en este estrato. Grafica 19.

En cuanto al método anticonceptivo actual, la mayor parte de las casadas y las divorciadas prefieren el uso del condón (50% y 58% respectivamente). Siendo las solteras las que en mayor medida no utilizan ningún método (39%). Estos resultados tuvieron una alta significancia estadística con valores $p < 0.005$. Grafica 20.

En cuanto a los hijos deseados, encontramos que las que se encuentran en unión libre son las que no desean tener hijos (75%) y las solteras y divorciadas si desean al menos tener un hijo más (39% y 33% respectivamente). Estos resultados no fueron significativos estadísticamente hablando. Grafica 21.

En cuanto la escolaridad y los hijos deseados, encontramos que mujeres con carrera técnica y secundaria, no desean tener hijos (77% y 88% respectivamente). Mientras que las mujeres con universidad y preparatoria si lo desean, aunque sea en un grado no tan alto (41% y 53%, respectivamente). Estos resultados fueron altamente significativos, estadísticamente hablando, con valores $p < 0.005$. Grafica 22.

Cuando analizamos los motivos de rechazo, de acuerdo a la religión de las encuestadas encontramos que las que no refieren ser devotas a ninguna religión y las cristianas, su mayor preocupación estaba relacionada a los posibles cambios hormonales con el método definitivo, mientras que las católicas estaban mas enfocadas al riesgo quirúrgico y a cuestiones religiosas. Para las católicas, la pareja fue la que tuvo mayor peso en el rechazo del método con un 45%. Grafico 23.

Cuando analizamos el motivo de rechazo de acuerdo al estado civil, encontramos que las divorciadas estaban preocupadas principalmente por el riesgo quirúrgico, mientras que las que se encuentran en unión libre estaban preocupadas tanto por cambios hormonales como por cuestiones religiosas. Las casadas, su principal preocupación fue la opinión de sus parejas (38%). Grafico 24.

En cuanto al motivo de rechazo de acuerdo a escolaridad, encontramos que los cambios hormonales fueron la principal preocupación en mujeres con escolaridad a nivel preparatoria y licenciatura, mientras que el riesgo quirúrgico fue la preocupación mayor en mujeres con secundaria o carrera técnica. La influencia de la pareja se dio mucho más a nivel de secundaria y preparatoria (72% y 41%). Para las universitarias no fue un factor relevante la pareja en la decisión (5.8%) Grafica 25.

Cuando analizamos las causas de rechazo desde el punto de vista de la escolaridad, encontramos que para las que se dedican al hogar y las secretarias, la principal preocupación es la opinión de la pareja, mientras que las que se trabajan en la policía y las licenciadas, su mayor preocupación eran los cambios hormonales. Los estudiantes y los servidores públicos se preocuparon más por el riesgo quirúrgico. Estos resultados tuvieron significancia estadística. Grafica 26.

DISCUSION Y ANALISIS

Consideramos que esta encuesta nos revelo información importante y que puede ser de gran utilidad para el enfoque de las políticas de salud reproductiva y la información que le damos a nuestras pacientes de acuerdo a su situación socioeconómica y civil. La distribución de edad, escolaridad, ocupación y estado civil es la que ha sido reportada para los habitantes del estado de México y zonas aledañas, siendo esta más densa en mujeres entre los 20 y los 35 años y cuyo nivel medio de escolaridad es secundaria y preparatoria.

Encontramos un nivel más alto de servidores públicos, policías y secretarias, debido a la población objetivo del ISSEMyM, que es un poco diferente a lo reportado en el IMSS, ISSSTE e ISEM, y servicios privados, cuyos servicios de atención están enfocados a otro tipo de derechohabientes.14

Nos llama la atención que el promedio de hijos de estas mujeres fue de 2.2, y si lo comparamos con encuestas similares de hace 2 o 3 décadas, encontramos una disminución muy importante en el número de hijos de estas mujeres. 15

Esto puede ser el resultado de la amplia difusión sobre métodos de planificación familiar que se ha dado a nivel nacional y regional en los últimos años. También encontramos que el número de hijos deseados es muy bajo y que la gran mayoría de las mujeres mexiquenses muestran una paridad satisfecha, algo que evidentemente no se observaba en estas poblaciones hace algunos años. Finalmente consideramos que México está viviendo una transformación demográfica similar a la que se observa en países industrializados como Japón y Estados Unidos, y probablemente la tendencia nacional en algunos años se empezara a parecer más a la tendencia de Europa Occidental y Canadá. Sabemos bien que otros países como China, India y Brasil también han comenzado esta transformación demográfica y las políticas de salud deben ir cambiando debido a que la población de estas economías emergentes está aumentando de edad, con la consecuente disminución en la capacidad laboral y un incremento notable en los costos de atención médica hacia las enfermedades crónicas degenerativas y sus complicaciones. Las políticas nacionales de control demográfico de la década de los 70 y 80s están rindiendo sus primeros frutos y nos encontramos ante una encrucijada donde por una parte los recursos se empiezan a distribuir de mejor manera entre las familias pero también la fuerza laboral y el poder adquisitivo se van mermando. 16

En cuanto los métodos de planificación familiar utilizados por las mujeres encuestadas encontramos que el preservativo es el método de elección más ampliamente seleccionado. Esto puede ser consecuencia de varias cuestiones. En primer lugar es un método con una amplia difusión en medios de comunicación. El uso de la mercadotecnia ha tenido un impacto importante en la penetración de mercado y en la aceptación por parte de la juventud mexicana. El hecho de que este método tiene utilidad, además de como método de anticoncepción, como método para prevenir enfermedades de transmisión sexual y en particular en los últimos años, para prevenir la transmisión del VIH / SIDA, ha condicionado que el uso de condón sea ampliamente aceptado. La educación sexual en las escuelas y centros de salud, colocan a el uso del preservativo como una medida eficaz, segura, reversible y económica para el control de los embarazos no deseados y de las enfermedades de transmisión sexual. Hay múltiples campañas en centros de diversión, bares, centros comerciales e incluso gimnasios, donde los condones son regalados o vendidos a precios bastante accesibles.

Finalmente, el preservativo es el único método enfocado al hombre y no a la mujer, y el uso predilecto puede hablarnos de un interés masculino por la prevención de estas situaciones. Es un método que no afecta la fisiología hormonal ni implica procedimientos invasivos, y que por lo tanto no ofrece efectos adversos ni complicaciones. No requiere de una consulta con el médico para iniciar su uso ni requiere supervisión ni seguimiento en consultorios, clínicas o centros de salud.¹⁸

En últimos lugares, en unos porcentajes muy bajos (alrededor del 10%) encontramos el uso del dispositivo intrauterino y de los hormonales. Esto se puede entender, más que por la falta de conocimiento o difusión por una resistencia de la población a someterse a tratamiento médicos que por un lado pueden resultar ser invasivos, y por otro lado pueden tener repercusiones en la salud de las personas. Son métodos que requieren la participación activa del médico, seguimiento y supervisión e incluso no están exentos de efectos adversos y de complicaciones. Consideramos que lo anterior los ha convertido en una alternativa poco atractiva para las mujeres mexiquenses. Suponemos que se requiere un cambio cultural en relación a la confianza de la población a los servicios de salud, que también está relacionado con la calidad de la atención, el trato y en particular los recursos destinados para dichos servicios, ya que como en la mayoría de las enfermedades, la población no acude al médico hasta que es prácticamente inevitable y esto implica diagnósticos tardíos, tratamientos costosos e ineficaces y malos resultados de la atención, lo que a su vez condiciona más desconfianza y menos apego. Puede ser también una cuestión de recursos, debido a que los tratamientos hormonales y el dispositivo intrauterino son costosos y muchas veces el instituto no alcanza a cubrir la demanda de los mismos, siendo la población la que tiene que absorber los costos. ^{19,20}

Nos llama la atención el hecho de que a pesar de que la mayoría de las pacientes mostraron información suficiente en relación a los métodos de planificación familiar, y a pesar de que la mayoría de los paciente incluso tiene una idea clara del número de hijos que desea tener, prácticamente una tercera parte de las encuestadas no utiliza de forma regular ningún método de planificación familiar. Esta situación debe ser preocupante, debido a que en esta área como en muchas otras dentro de la medicina mexicana, la conducta de prevención aún está muy poco difundida y establecida, tanto en los prestadores de servicios de salud como en los pacientes, y de aquí podríamos inferir que muchas de estas pacientes que no tienen un método de planificación familiar, recurra al aborto para enfrentar estas situaciones. Esto en el entendido de que son mujeres que por un lado no utilizan ningún método de prevención de embarazos no deseados, pero que al mismo tiempo son mujeres cuyo promedio de hijos es de 2, y en ningún caso fue más de 4. Por lo que la única forma de intentar conservar una tasa de natalidad baja en estas familiar o parejas sin método de planificación y que son mujeres en edad fértil y con vida sexual activa, es mediante el uso de prácticas abortivas en cualquiera de sus modalidades. Esto también está en sintonía con lo reportado en muchos estados del país, donde se tuvieron que tomar medidas como la despenalización del aborto, debido a que estas prácticas se llevaban a cabo en situaciones insalubres y en la clandestinidad. Actualmente algunos estados del país, incluyendo el distrito federal, ofrecen la opción del aborto, en lugar de enfocarse en poner más énfasis en la prevención. Mas allá de las cuestiones éticas y religiosas, el aborto no es un método de planificación familiar es un procedimiento para concluir un embarazo siendo un procedimiento quirúrgico en casos necesarios terapéutico que es costoso riesgoso y sus complicaciones entran en las primeras causas de muerte materna , por lo que se debe desincentivar su uso y fomentar nuevamente, la cultura de la prevención. ^{21,22}

En cuanto al conocimiento del método definitivo para la planificación familiar, y de su aceptación, encontramos que como tal, existe un amplio conocimiento entre la población de mujeres mexiquenses sobre esta alternativa, sin embargo existe un amplio rechazo hacia el mismo por distintas razones. En este sentido considero que el trabajo del instituto y de su personal medico y de enfermería para difundir esta alternativa, ha sido bastante efectivo ya que la gran mayoría de las mujeres que se encuestaron conocían de dicho procedimiento y tenían en general una idea bastante clara de en que consiste, cuales son las indicaciones y contraindicaciones, los riesgos, las ventajas, complicaciones etc. Sin embargo nos llama la atención que la tasa de aceptación es extremadamente baja de acuerdo a lo que esperamos. Un buen numero de pacientes hizo mención de los riesgos de someterse a un procedimiento quirúrgico, y de la misma forma tambien mostraron preocupación por los posibles cambios que podría sufrir su cuerpo despues de un método definitivo. Sin embargo la gran mayoría de las mujeres menciona a su pareja como una preocupación principal. Esta tendencia se dio, independientemente de su estado civil, nivel de escolaridad e incluso ocupación. Esto nos hace pensar en que todavía en Mexico la cultura del machismo es prevaleciente y que las decisiones sobre el cuerpo de la mujer aun no le pertenecen completamente a la mujer, y que no tiene que ver con el grado de compromiso que tengan con su pareja, es igual en casadas que en unión libre, no tiene que ver tampoco con el grado de dependencia económica ya que es muy similar en mujeres que se dedican al hogar que en profesionistas, o en mujeres que solo tienen secundaria y en universitarias. Y finalmente, tampoco tiene que ver con la preferencia religiosa. Al final de cuentas, todas las mujeres tenían que solicitar la aprobación de su pareja para realizar el procedimiento y en algunas incluso se llegó a mencionar que se les había prohibido esta alternativa.

Esto puede deberse en parte a mantener la posibilidad de tener más hijos en el futuro, puede deberse a la presencia de cicatrices en el cuerpo de la mujer, y puede deberse a cuestiones de libertades en la mujer (esto es, negar la posibilidad de tener relaciones sexuales sin el riesgo de quedar embarazada). Y esto nos abre muchas interrogantes para futuras investigaciones, como por ejemplo saber ¿Cuál es la razón por la cual la pareja no está de acuerdo con este método?, o si ¿la pareja estaría dispuesta a realizarse un procedimiento definitivo (vasectomía)? En la actualidad la liberación femenina ha ido de manera creciente y las mujeres han demostrado a lo largo de la historia tener las mismas capacidades que los hombres y por lo tanto actualmente cuentan con la libertad derechos y obligaciones iguales al sexo opuesto es por ello que se debe fomentar que la mujer decida sobre su cuerpo y sobre su vida sin miedo y nos centramos en la importancia en la comunicación de pareja el amor y la razón por encima del machismo y el autoritarismo.

CONCLUSIONES:

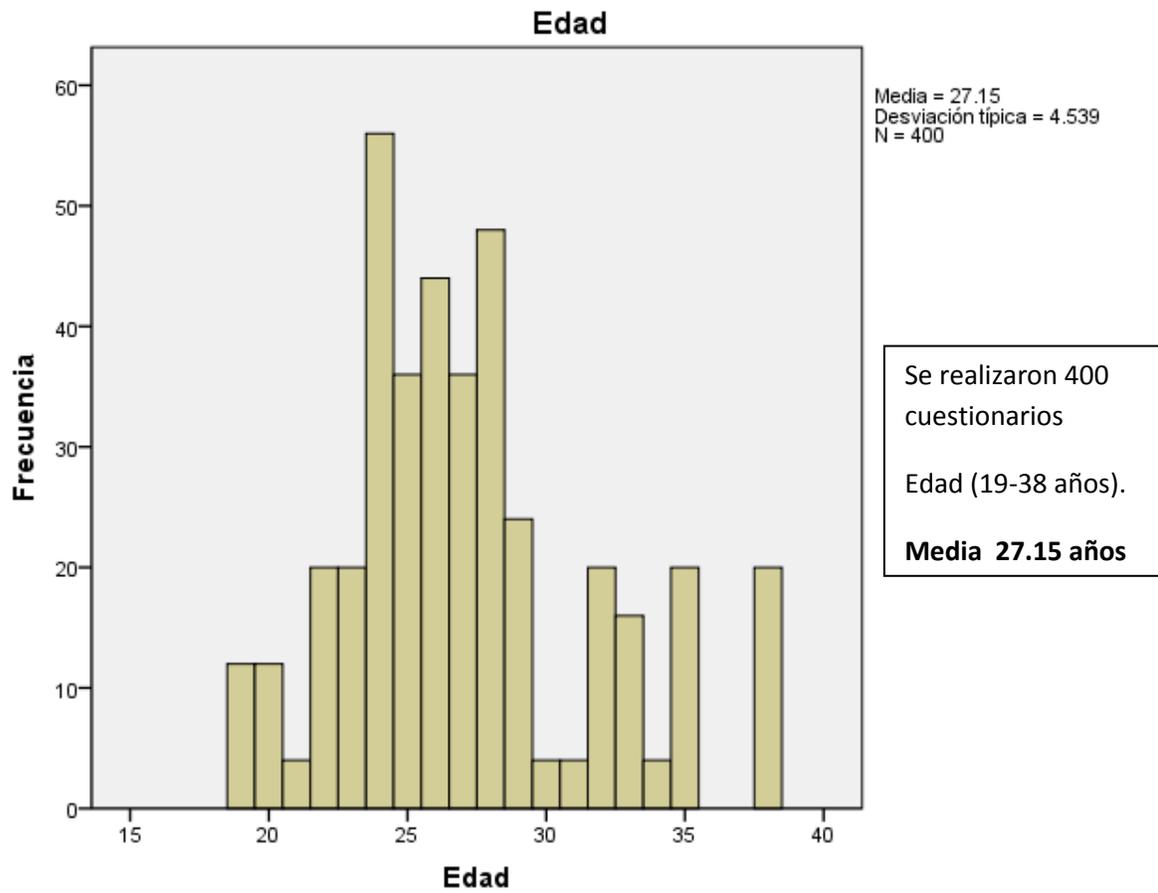
El objetivo principal de nuestro estudio es un enfoque social respecto a la gran cantidad de dinero y programas que se han implementado en el país para disminuir la muerte materna y las complicaciones obstétricas, en busca de una mejor salud femenina llegando esto hasta ser penado en instancias judiciales para los médicos que participan en complicaciones de esta índole, y lo que más ha llamado la atención respecto a este asunto, es la poca preocupación respecto al origen de todas estas complicaciones, que lejos de la situación económica el status social o cultural de nuestra población que son reflejadas en un mal control prenatal y en una alta tasa de embarazos no deseados, en una insuficiente atención obstétrica que por ende se vuelve de mala calidad. Por encima de todo esto está la gran cantidad de abortos legales e ilegales que se practican día con día en el país poniendo en cada uno de estos procedimientos en riesgo la vida de miles y millones de mujeres por la falta de planificación familiar y con esto no me refiero al uso discontinuo de hormonales orales, parches, la alta tasa de embarazos que tiene el DIU o los costosos implantes y sistemas intrauterinos de los cuales no se lleva control posterior de la continuidad de su uso y su efectividad es por eso que este estudio se enfoca en el método de planificación familiar definitivo y dejando a un lado la vasectomía la cual es un tema muy complejo y de otro brazo de estudio es la mujer quien debe de planificar más que su familia su salud reproductiva pues es ella quien es víctima de complicaciones del embarazo de la mala atención obstétrica y falta de responsabilidad de la paternidad por lo cual es una urgencia medico social priorizar la planificación familiar definitiva tratando de disminuir obstáculos legales, religiosos y no escatimar en recursos económicos, médicos, disponibilidad de aéreas quirúrgicas y de atención a esta necesidad primaria de nuestro país. Es por eso que este estudio se centra en el conocimiento y aceptación del método y los factores alrededor de esta situación como medida de aportación medico social en la futura promoción legislación y manejo de la planificación familiar definitiva como prevención y solución de las necesidades de nuestro país.

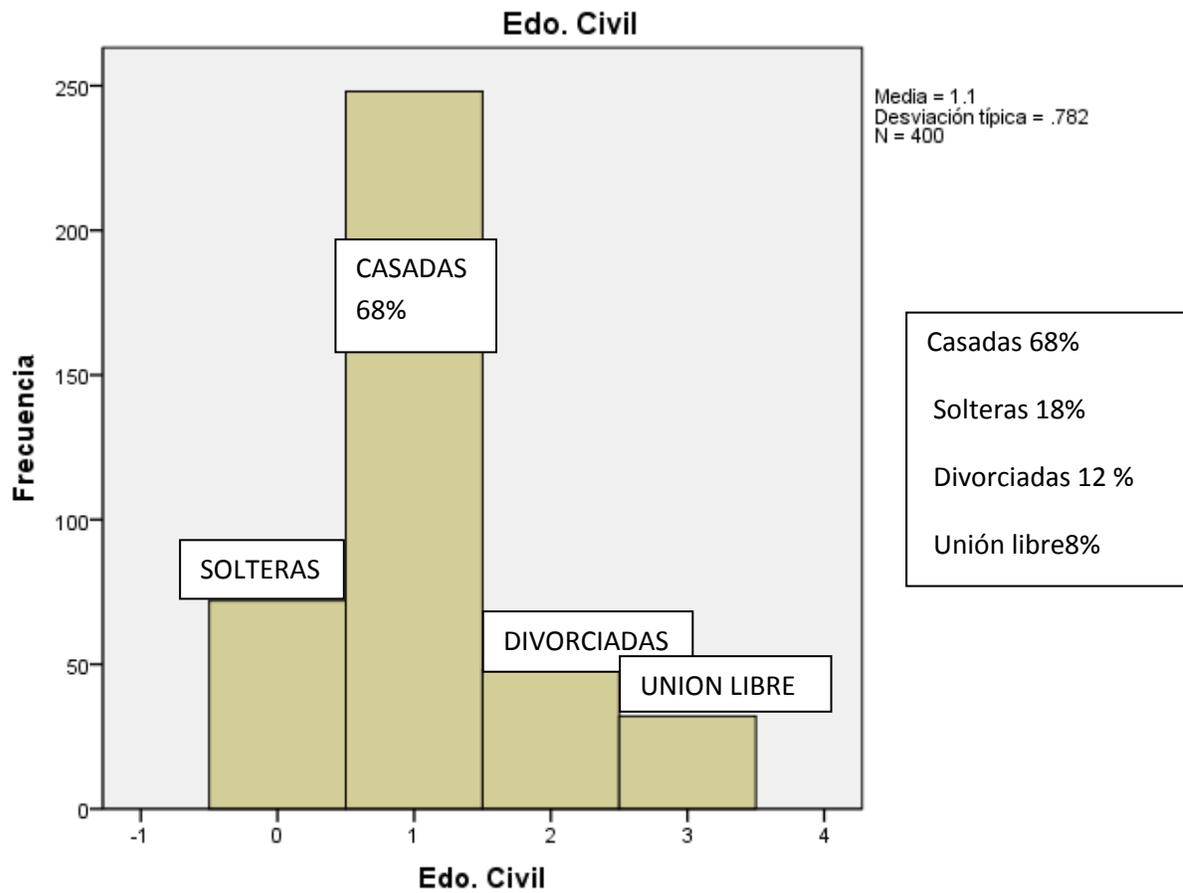
En este estudio podemos resaltar que muchas veces no es falta de información e incluso en ocasiones ni de recursos para fomentar y aplicar la planificación familiar y en muchos casos la medicina preventiva simplemente es la falta de compromiso de responsabilidad de nuestros pacientes y es importante crear conciencia sobre la importancia de la prevención y la planificación en este caso de la salud reproductiva y muchas veces es fácil únicamente culpar al médico o a los servicios de salud y dejar en nosotros toda la responsabilidad es por eso que me parece importante legislar y normar de manera inmediata la responsabilidad de cada uno de las pacientes en la prevención el cuidado y atención de su salud. En nuestro caso como médicos es importante resaltar que es parte de nuestra formación y de nuestro desempeño de labores la medicina preventiva, el fomento a la salud y no solo a resolver problemas que se pudieron evitar, por lo tanto invito a todos los médicos, directivos, académicos, estudiantes de medicina, médicos internos, médicos pasantes de medicina y sobre todo a los médicos especialistas en ginecología y obstetricia que somos los que estamos en contacto directo con las necesidades de salud de la mujer a que luchemos encarnizadamente por la planificación familiar pensando siempre en que cada OTB es una paciente menos de probable preeclampsia, diabetes, infecciones puerperales y obstétricas de aborto clandestino o legalizado es una paciente menos de hemorragia obstétrica, es una posible muerte materna evitada y es una mujer, madre, hija, hermana que podrá continuar siendo pilar de su núcleo familiar y sobre todo será una paciente que podrá ejercer su sexualidad con plenitud y libertad de manera responsable.

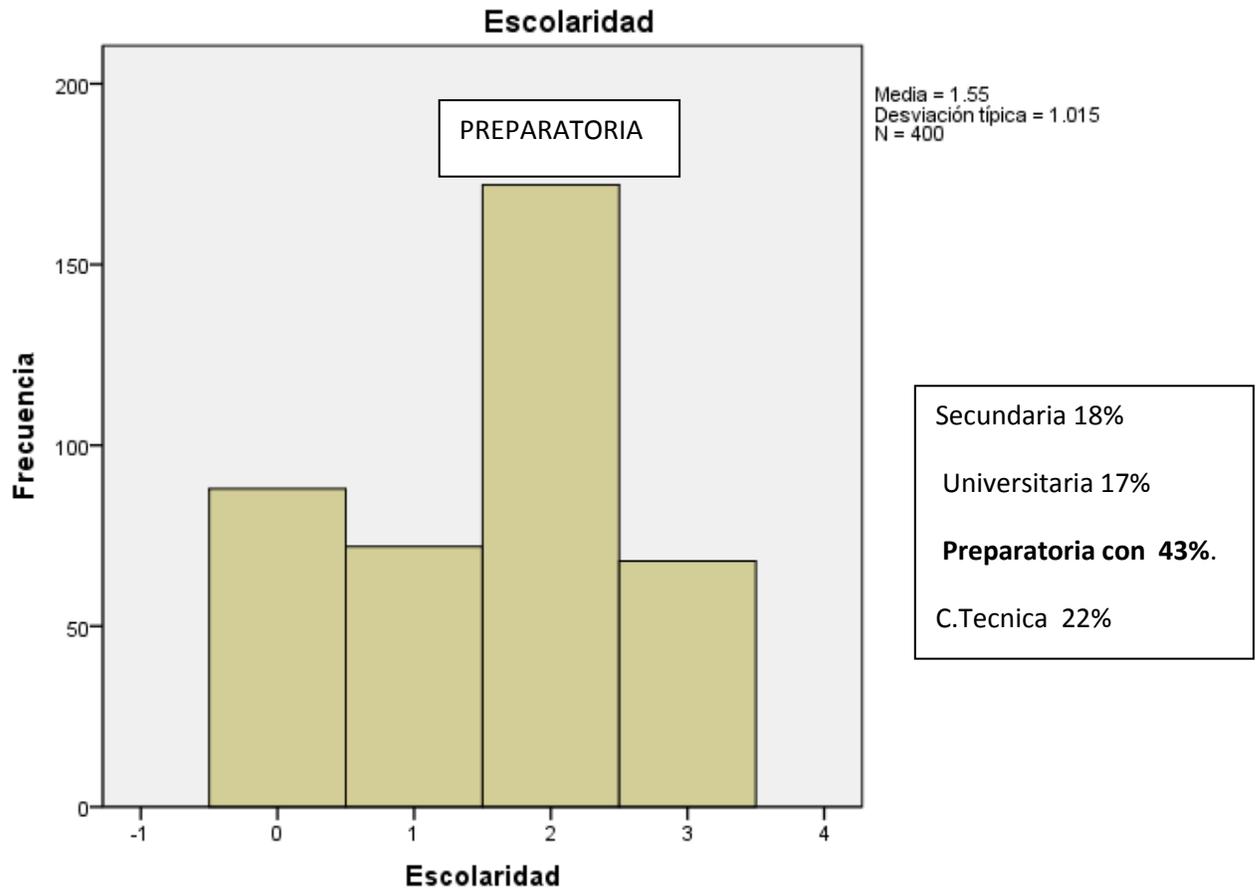
RECOMENDACIONES.

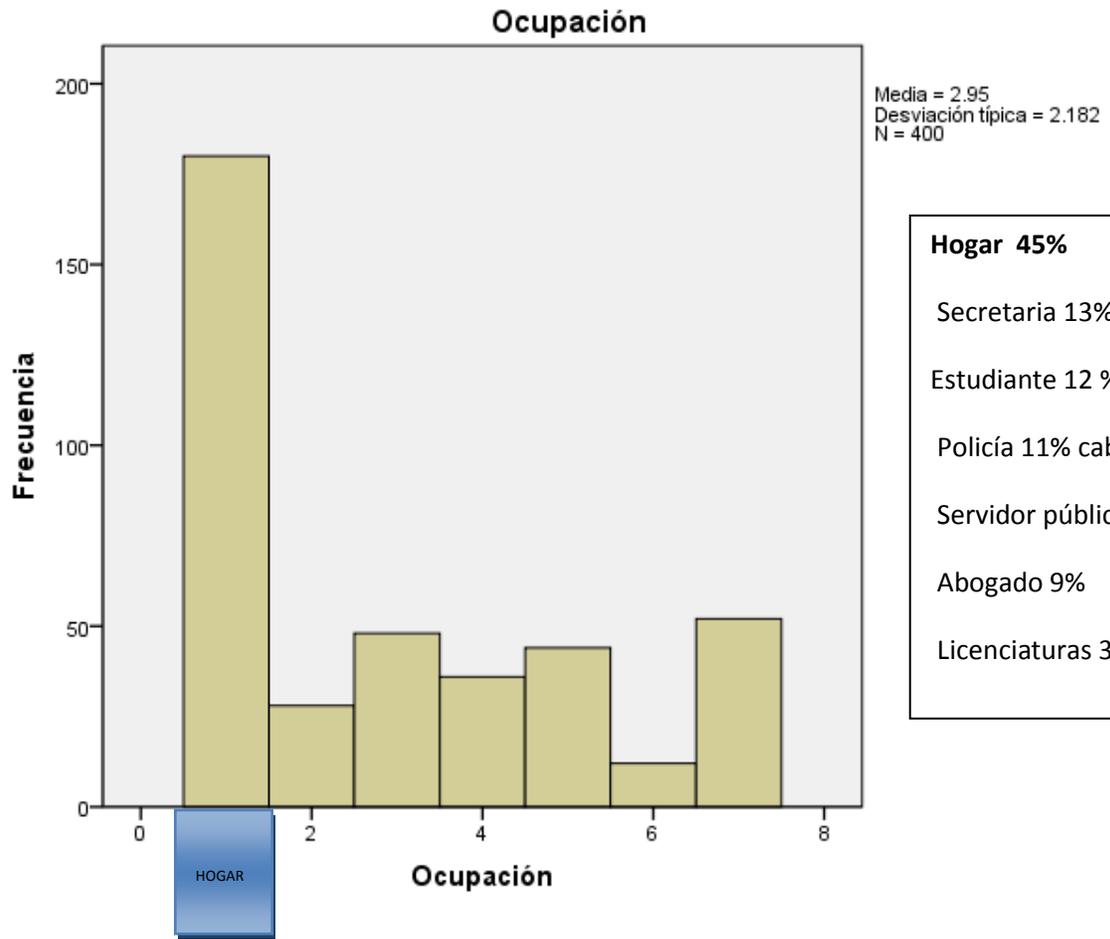
- LEGISLAR QUE LA MUJER PUEDE DECIDIR LA ACEPTACION DEL METODO DE PLANIFICACION DEFINITIVO SIN EL CONCENTIMIENTO DE LA PAREJA VERBAL O ESCRITO.
- OTORGAR RESPONSABILIDAD A LAS PACIENTES SOBRE EMBARAZOS NO DESEADOS O DE ALTO RIESGO QUE SE PUEDIERON PREVENIR
- DAR INFORMACION A LA PACIENTE Y SU ESPOSO SOBRE EL METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR DEFINITIVO RESPECTO A POSIBLES COMPLICACIONES Y DUDAS SOBRE CAMBIOS FISICOS U HORMONALES.
- REALIZAR PROGRAMAS Y CONTROLES DE LA REALIZACION DE METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR SOBRE TODO EN ESTADOS DE SOBRE NATALIDAD Y SOBRE POBLACION COMO EL ESTADO DE MEXICO.
- CONCIENTIZAR A LOS MEDICOS Y PACIENTES SOBRE LAS VENTAJAS DE PLANIFICAR PARA JUNTOS PROMOVER Y REALIZAR ESTE METODO CONCIENTES DE LAS MUERTES QUE SE PUEDEN EVITAR CON LA PREVENCION.

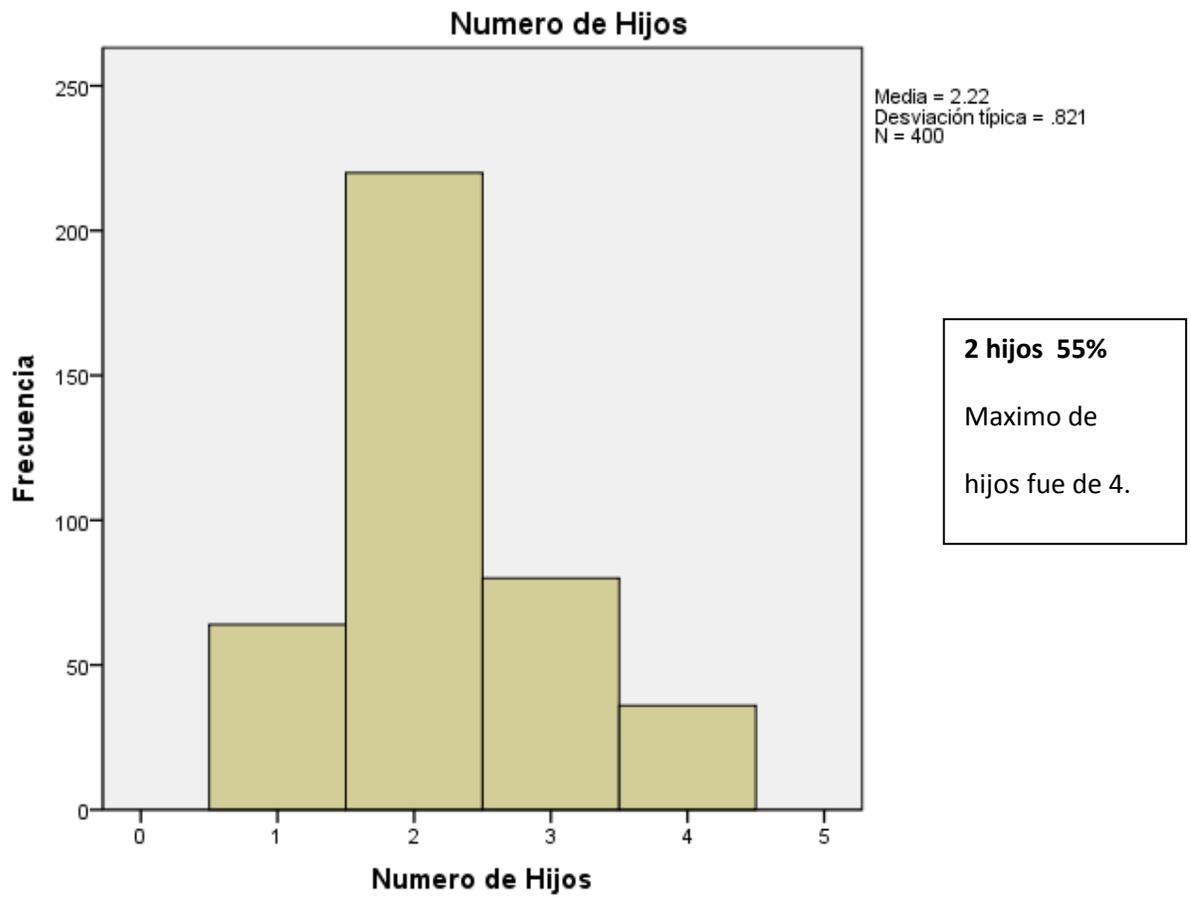
TABLAS Y GRAFICAS.

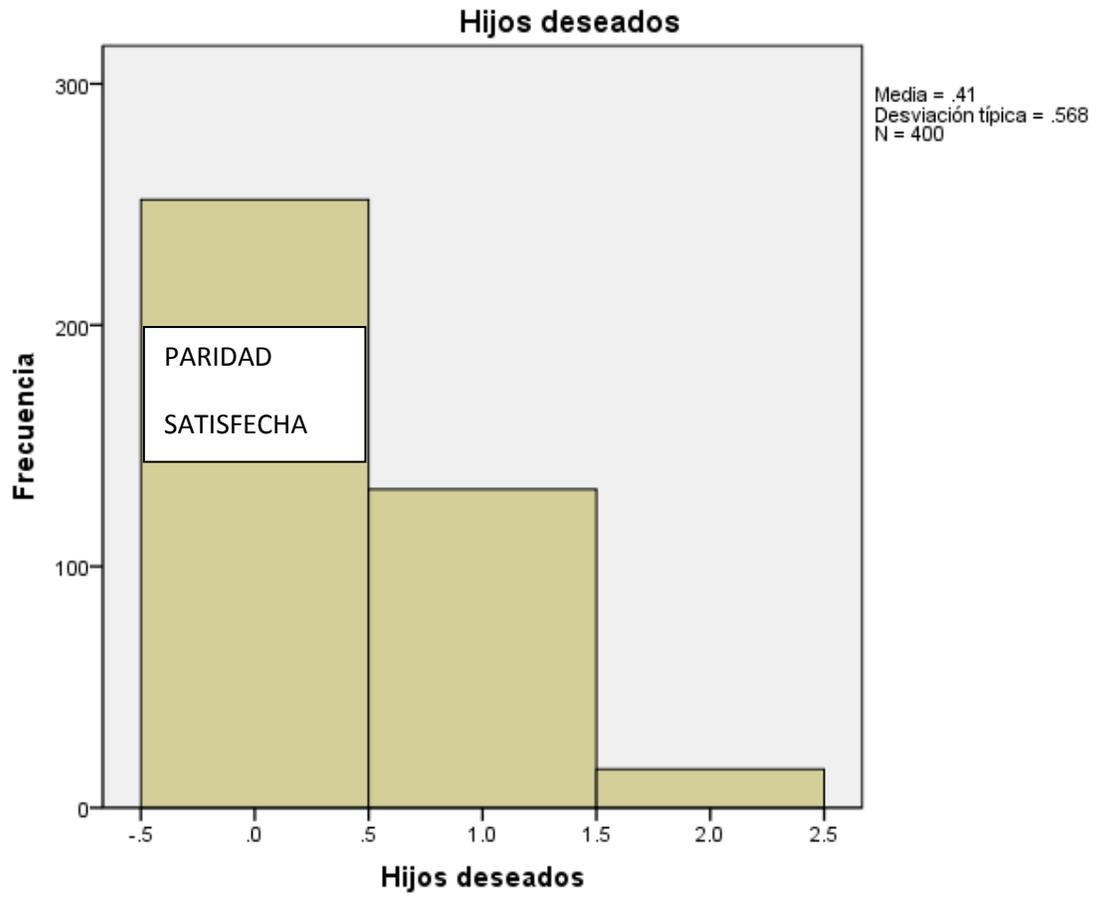


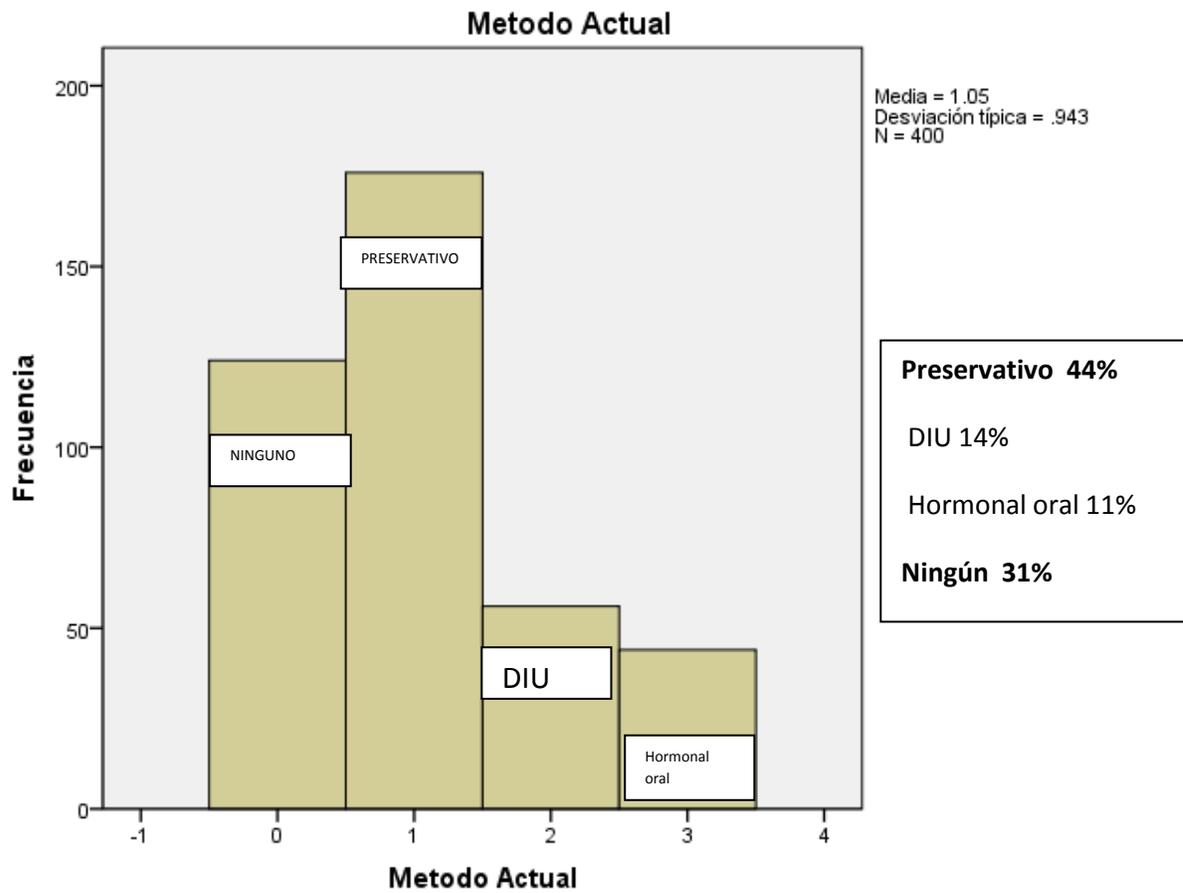


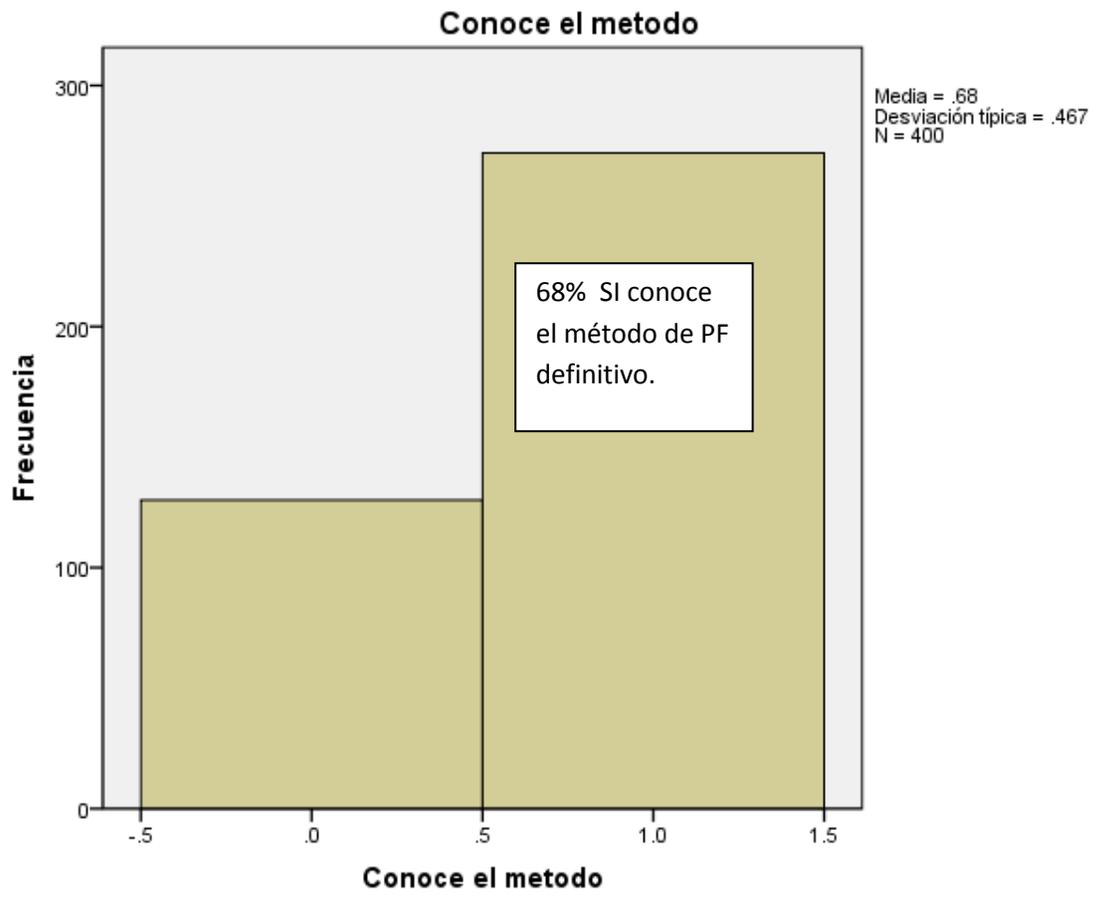












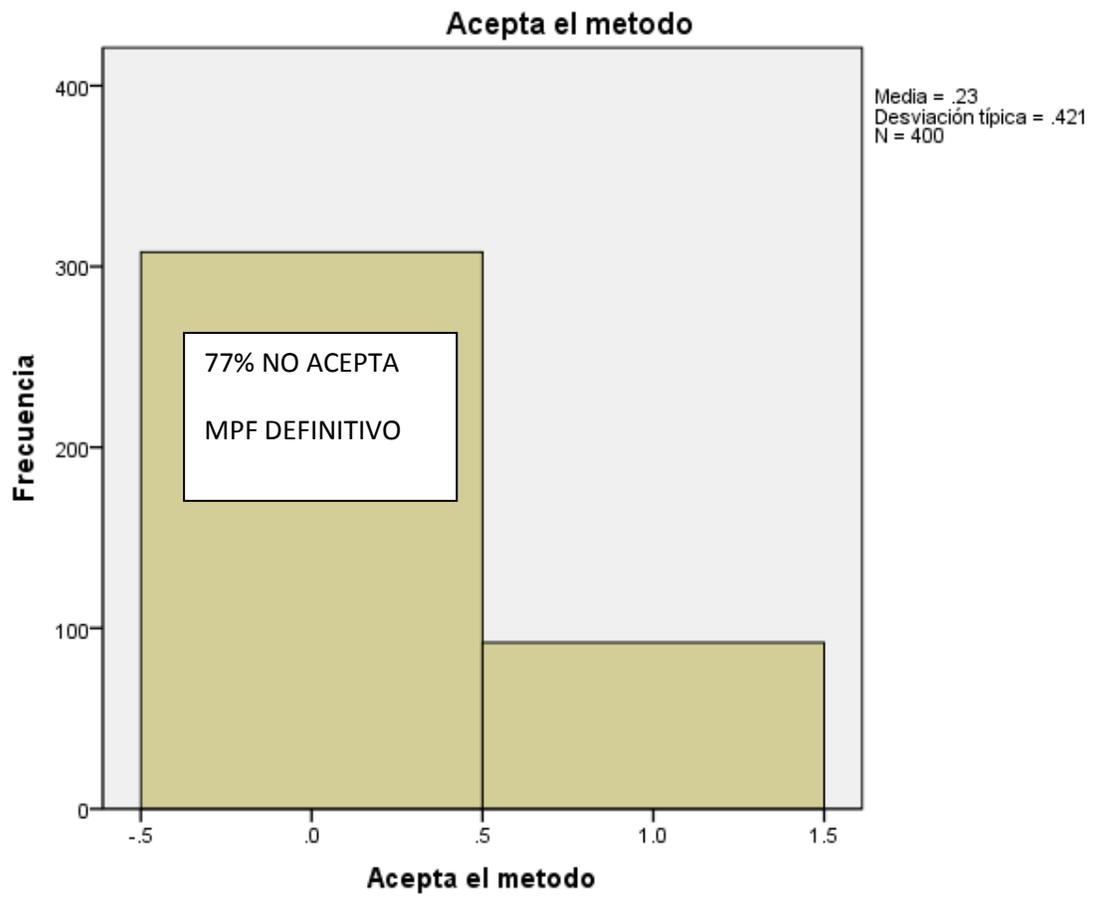


Tabla 1: Motivo de rechazo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si acepto	92	23.0	23.0	23.0
	Religión	32	8.0	8.0	31.0
	riesgo quirúrgico	56	14.0	14.0	45.0
	cambios hormonales	44	11.0	11.0	56.0
	Pareja	176	44.0	44.0	100.0
	Total	400	100.0	100.0	

Histograma

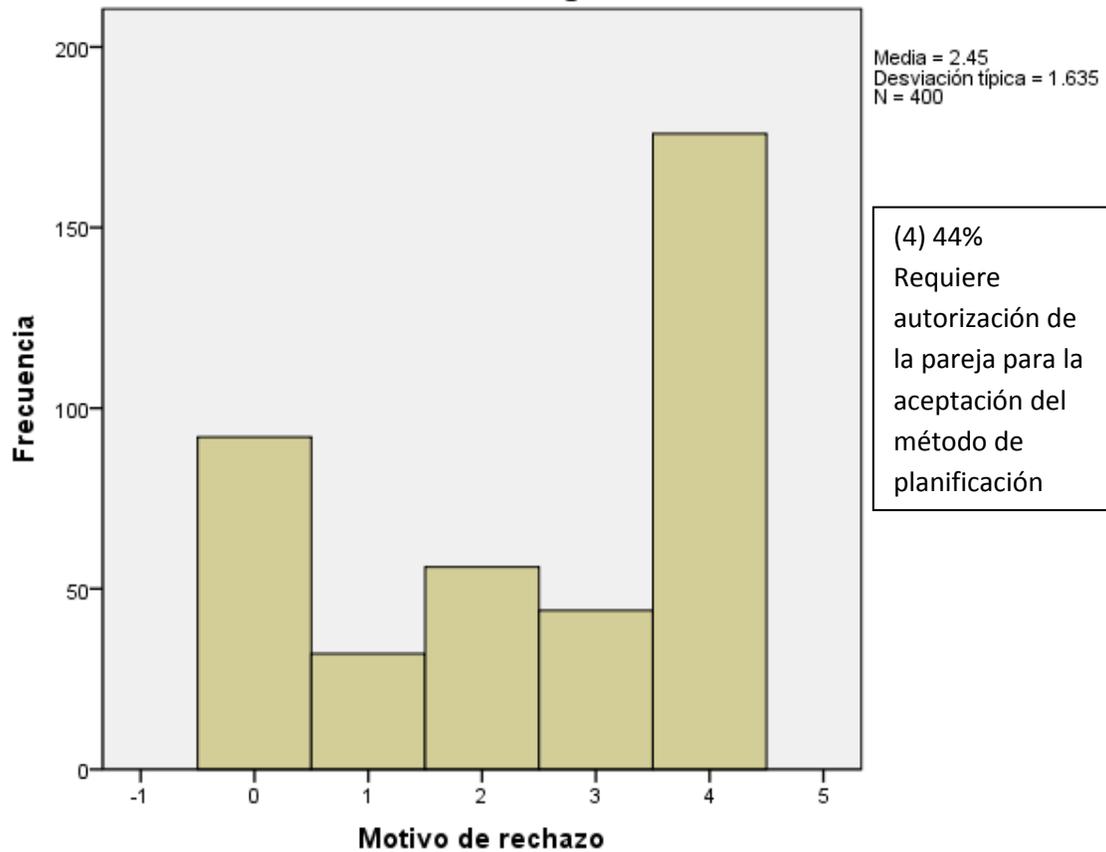


Tabla 2 METODO ACTUAL/ RELIGION

		Método Actual				Total
		ninguno	preservativo	DIU	Hormonal oral	
Religión	ninguna	36	24	8	24	92
	católica	84	132	36	20	272
	cristiana	4	20	12	0	36
Total		124	176	56	44	400

GRAFICA 11. METODO DE PF ACTUAL

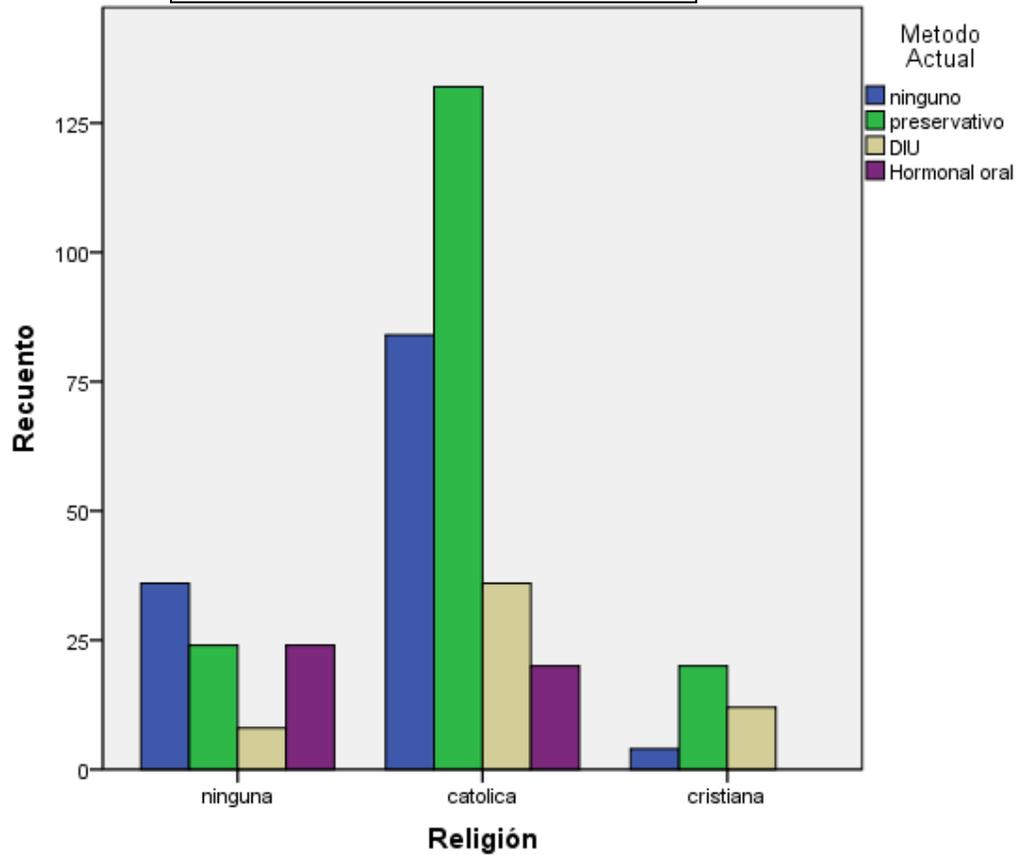


Tabla 3 CONOCIMIENTO DEL METODO.

		Conoce el método		Total
		no	si	
Religión	ninguna	36	56	92
	católica	80	192	272
	cristiana	12	24	36
Total		128	272	400

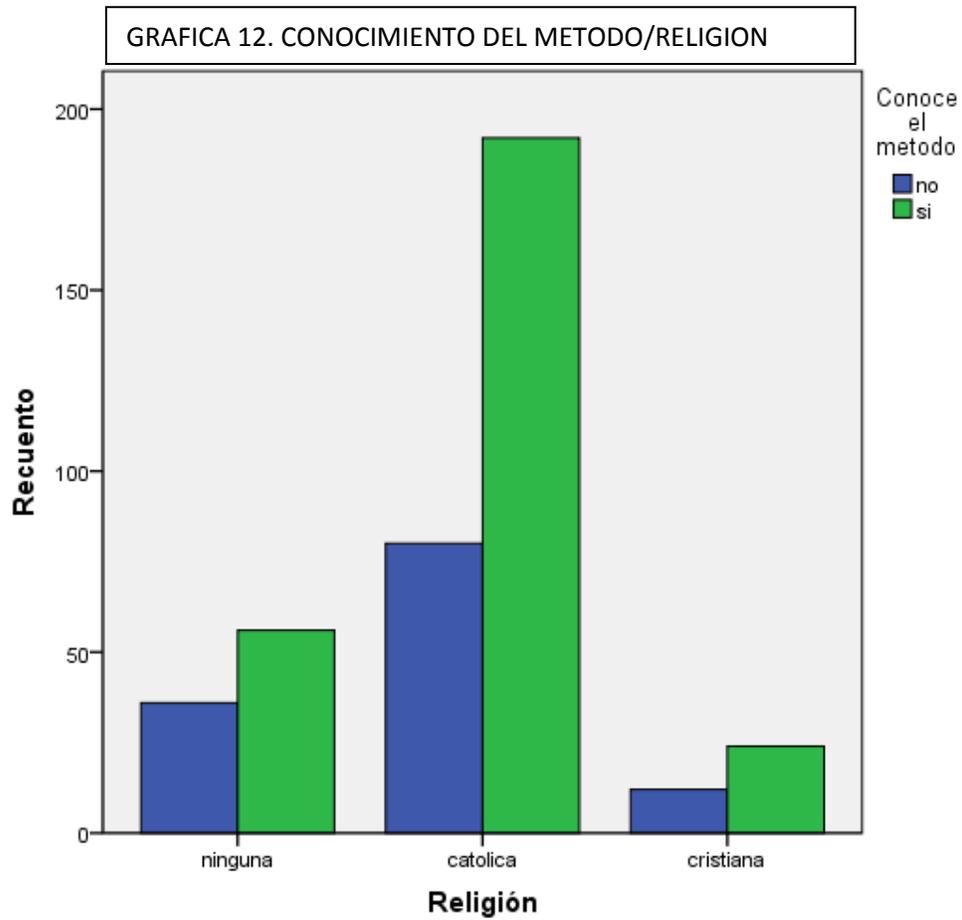


Tabla 4. ACEPTACION /RELIGION

		Acepta el método		Total
		no	si	
Religión	ninguna	60	32	92
	católica	220	52	272
	cristiana	28	8	36
Total		308	92	400

GRAFICA 13. ACEPTACION/RELIGION

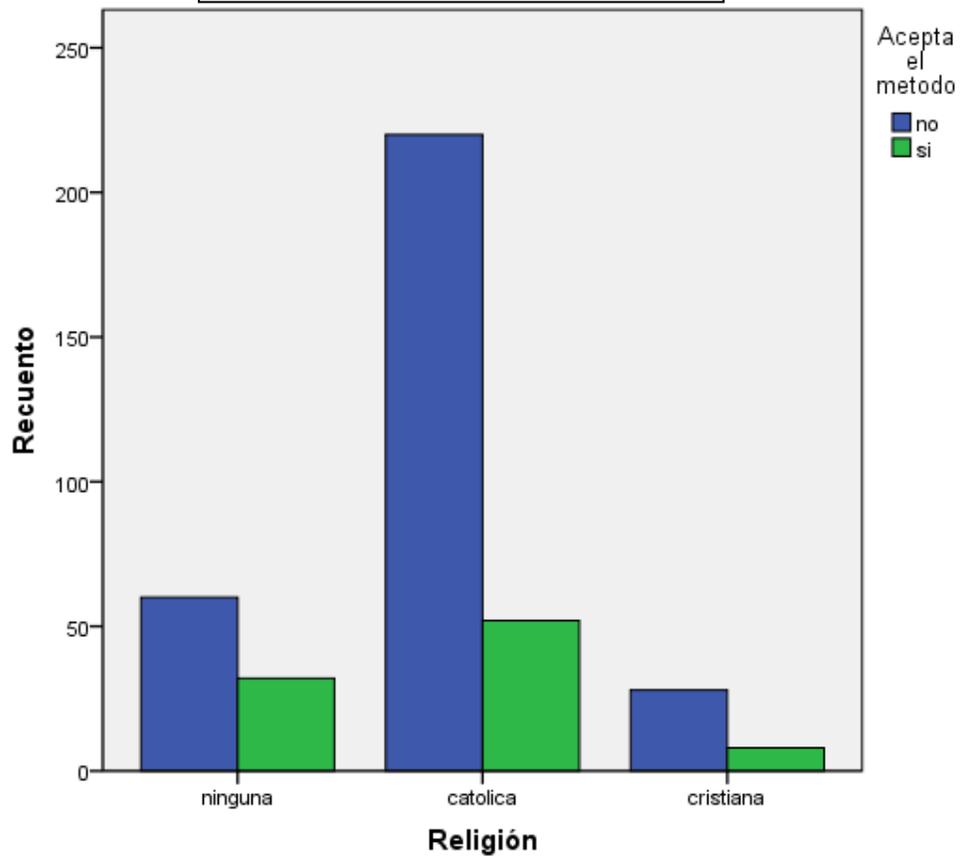


Tabla 5. METODO/ESCOLARIDAD

		Método Actual				Total
		ninguno	preservativo	DIU	Hormonal oral	
Escolaridad	carrera técnica	16	44	24	4	88
	secundaria	12	24	12	24	72
	preparatoria	84	76	8	4	172
	universidad	12	32	12	12	68
Total		124	176	56	44	400

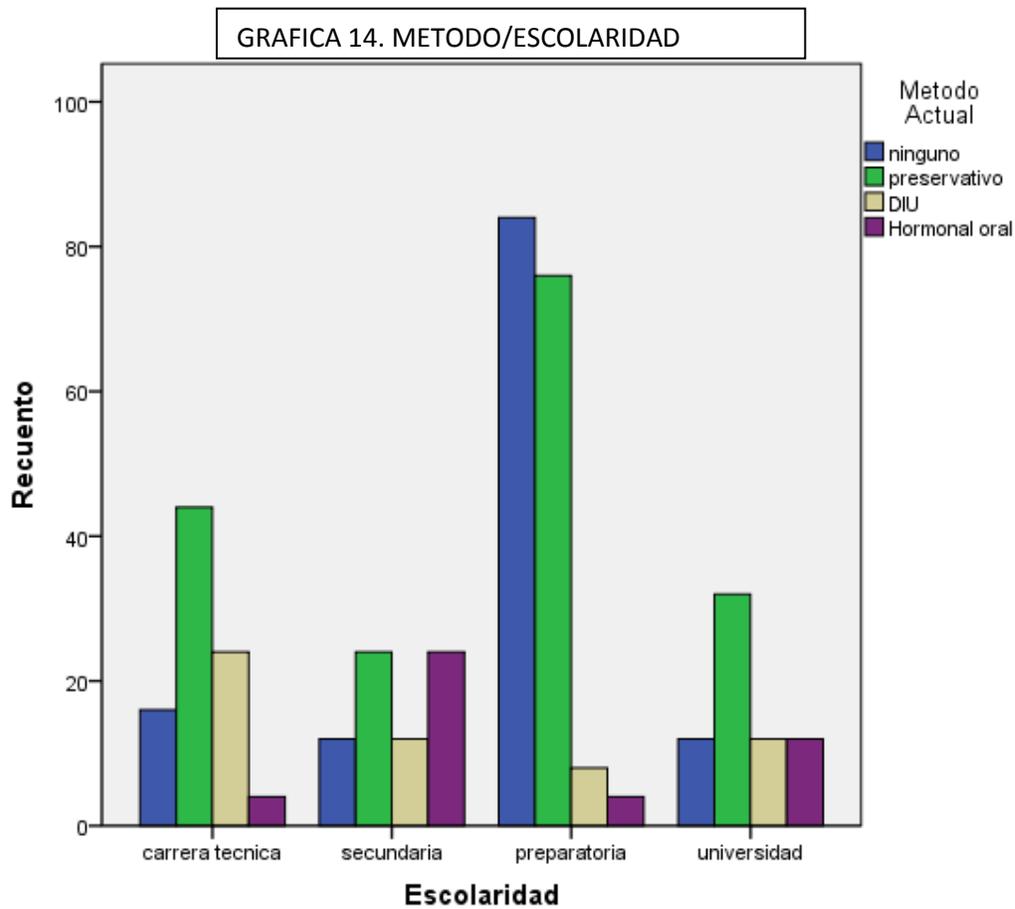


Tabla 6. CONOCIMIENTO DEL METODO/ESCOLARIDAD

		Conoce el método		Total
		no	si	
Escolaridad	carrera técnica	8	80	88
	secundaria	28	44	72
	preparatoria	80	92	172
	universidad	12	56	68
Total		128	272	400

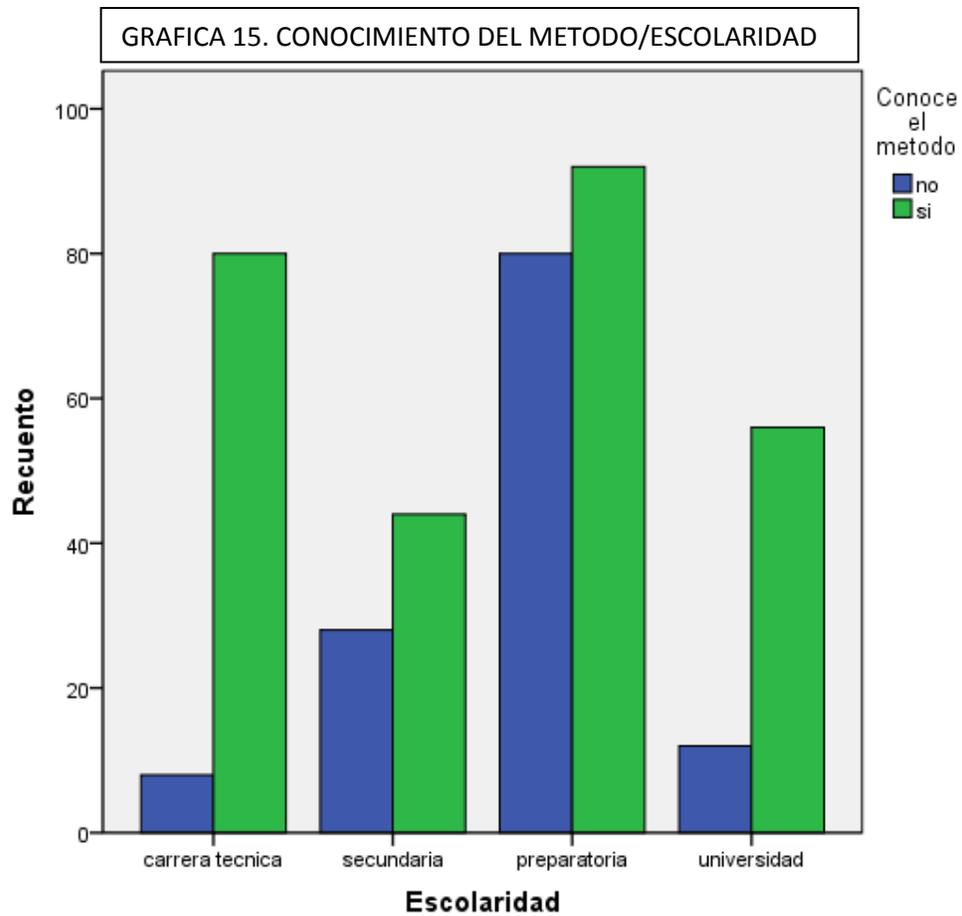


Tabla 7. ACEPTACION DEL METODO/ESCOLARIDAD

		Acepta el método		Total
		no	si	
Escolaridad	carrera técnica	80	8	88
	secundaria	72	0	72
	preparatoria	116	56	172
	universidad	40	28	68
Total		308	92	400

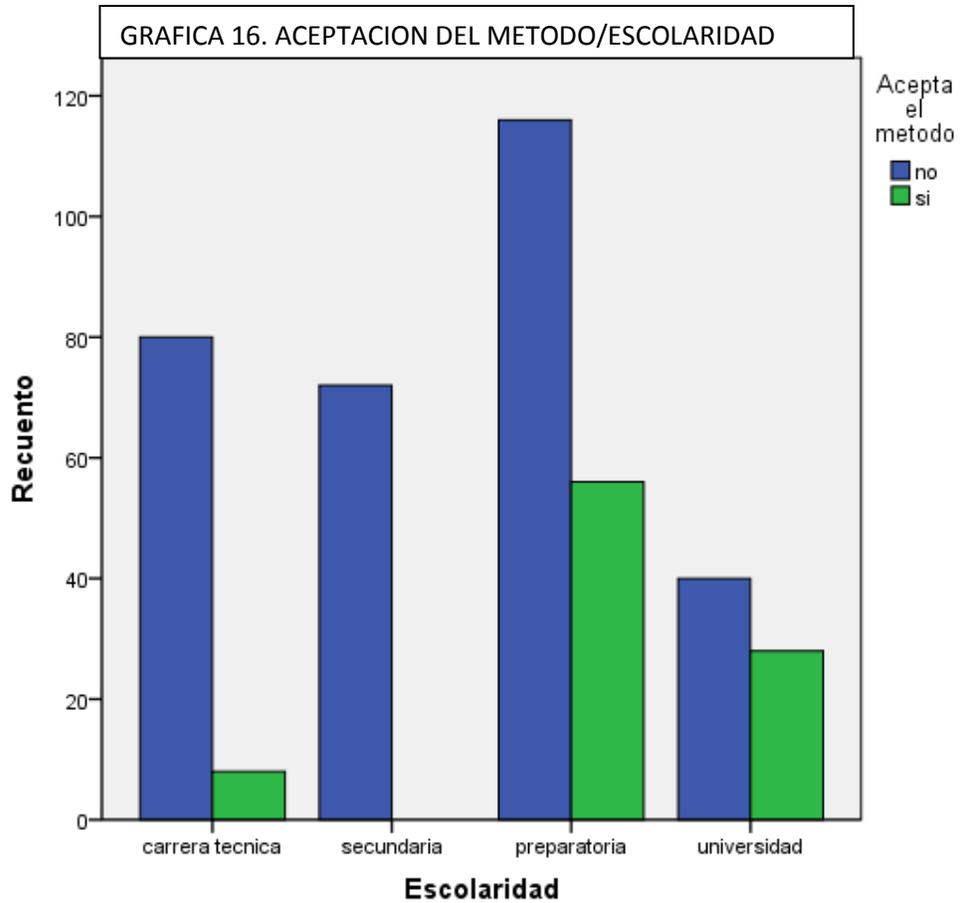


Tabla 8. METODO ACTUAL/ESTADO CIVIL.

		Método Actual				Total
		ninguno	preservativo	DIU	Hormonal oral	
Edo. Civil	soltera	28	20	8	16	72
	casada	76	124	36	12	248
	divorciada	12	28	4	4	48
	unión libre	8	4	8	12	32
Total		124	176	56	44	400

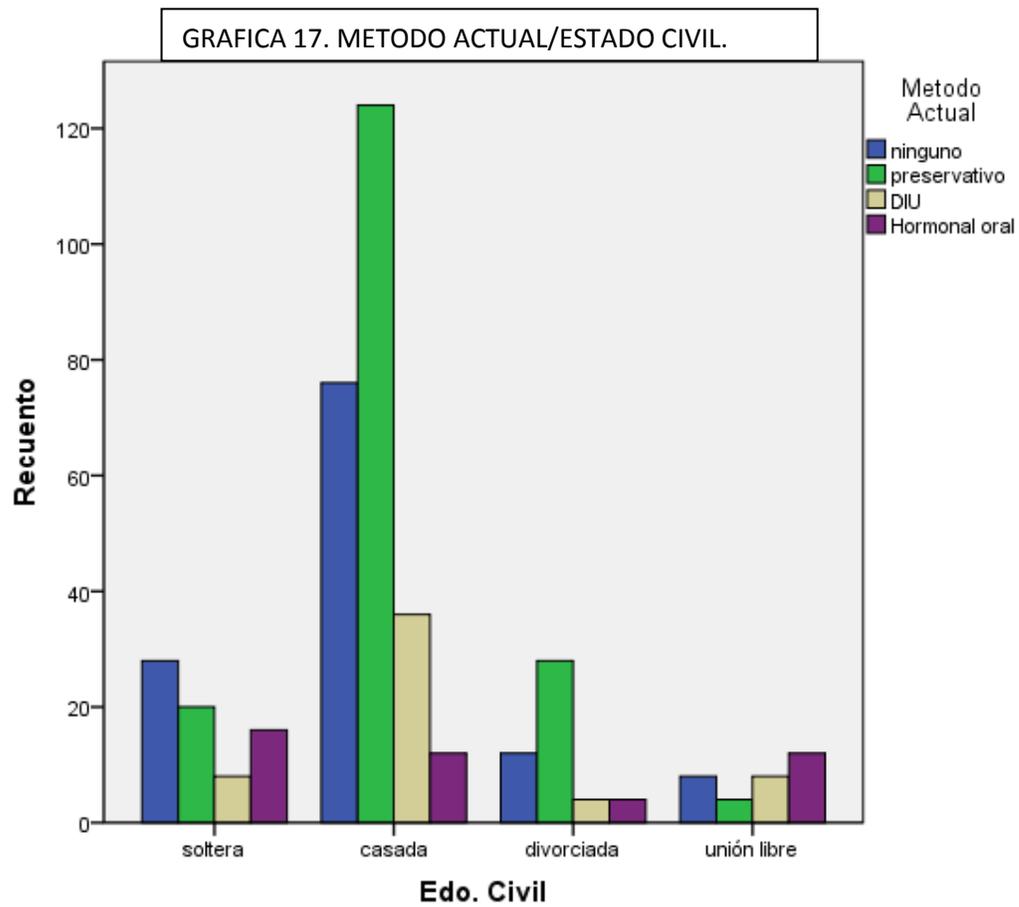


Tabla 9. CONOCIMIENTO DEL METODO/ESTADO CIVIL.

		Conoce el método		Total
		no	si	
Edo. Civil	soltera	24	48	72
	casada	80	168	248
	divorciada	16	32	48
	unión libre	8	24	32
Total		128	272	400

GRAFICA 18. CONOCIMIENTO DEL METODO/ ESTADO CIVIL.

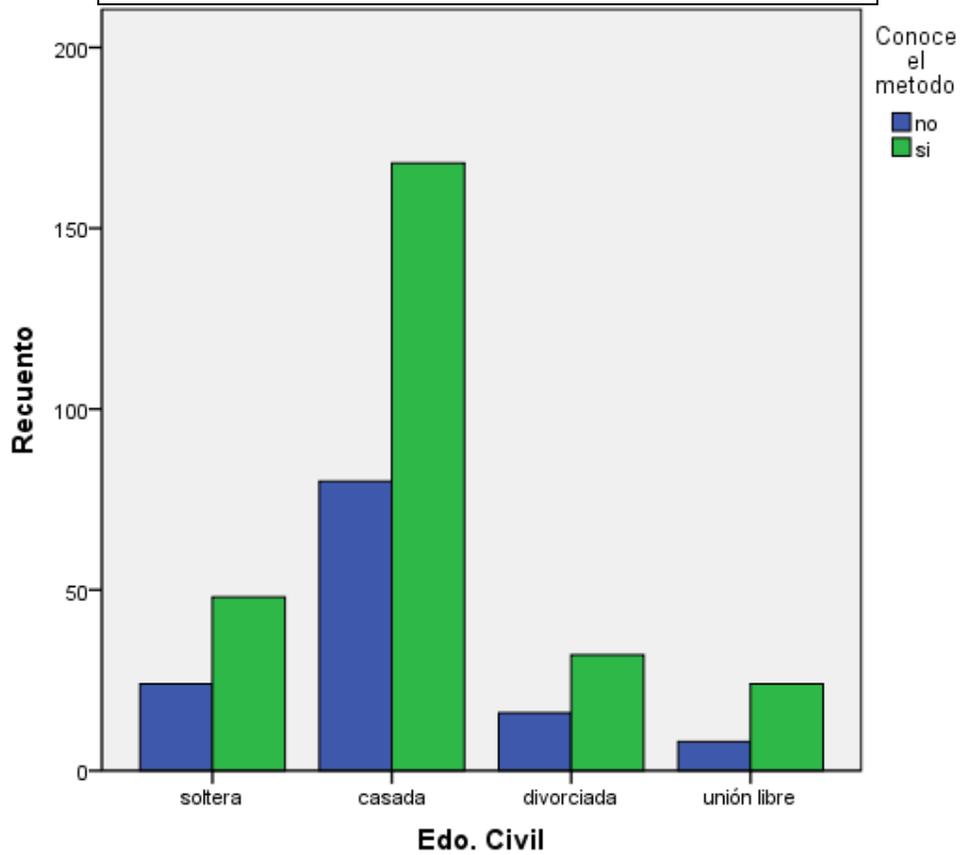


Tabla 10. ACEPTACION DEL METODO/ESTADO CIVIL.

		Acepta el método		Total
		no	si	
Edo. Civil	soltera	52	20	72
	casada	188	60	248
	divorciada	40	8	48
	unión libre	28	4	32
Total		308	92	400

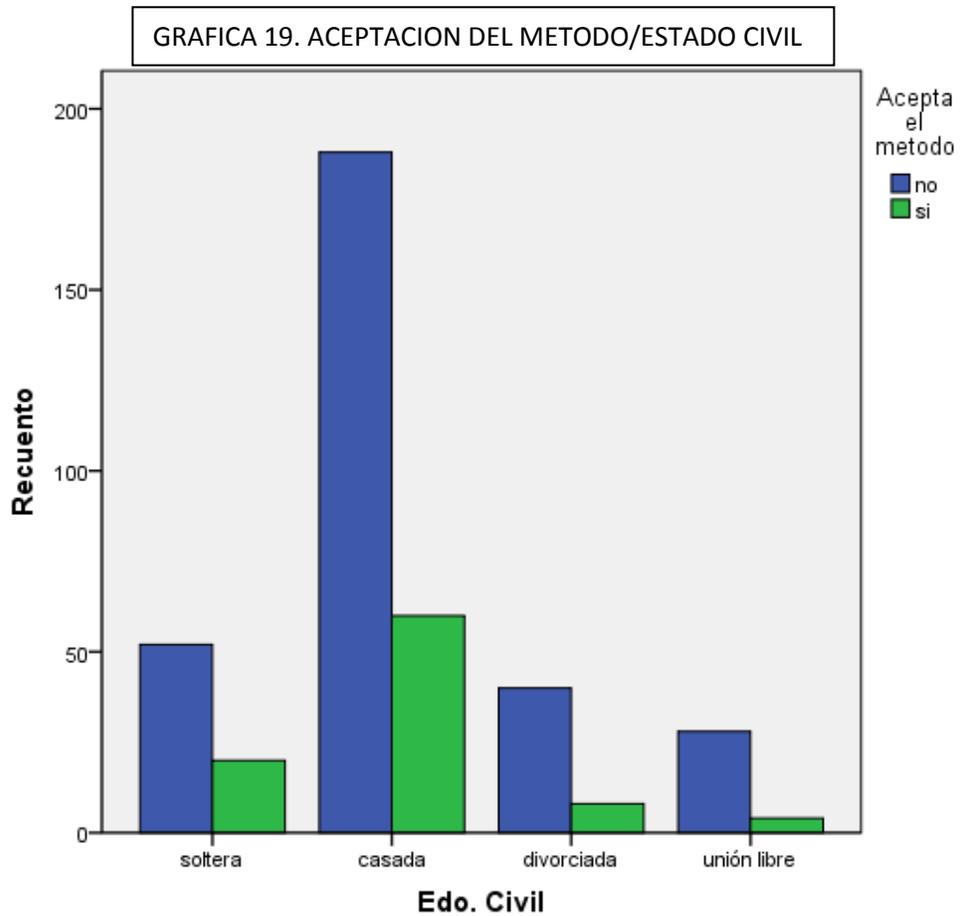


Tabla 11. MÉTODO ACTUAL/ ESTADO CIVIL.

		Método Actual				Total
		ninguno	preservativo	DIU	Hormonal oral	
Edo. Civil	soltera	28	20	8	16	72
	casada	76	124	36	12	248
	divorciada	12	28	4	4	48
	unión libre	8	4	8	12	32
Total		124	176	56	44	400

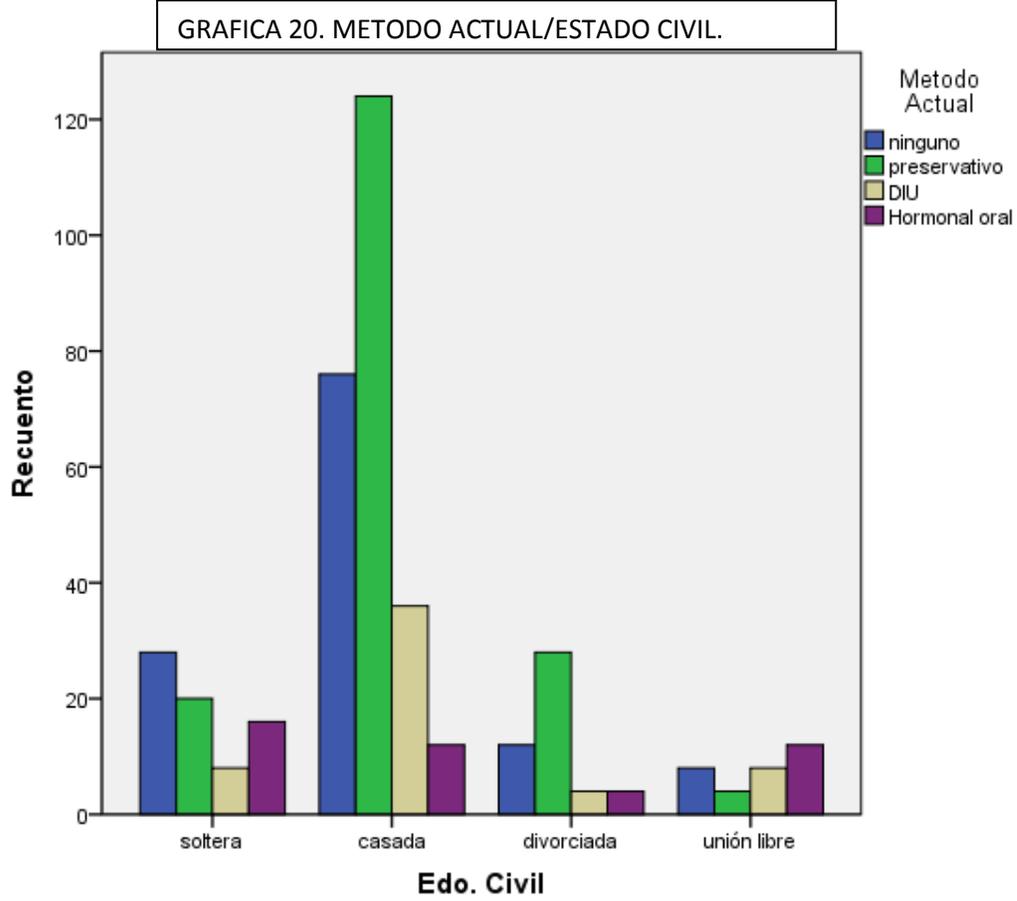


Tabla 12. HIJOS DESEADOS/ESTADO CIVIL

		Número de Hijos				Total
		1	2	3	4	
Edo. Civil	soltera	20	40	12	0	72
	casada	16	136	60	36	248
	divorciada	20	24	4	0	48
	unión libre	8	20	4	0	32
Total		64	220	80	36	400

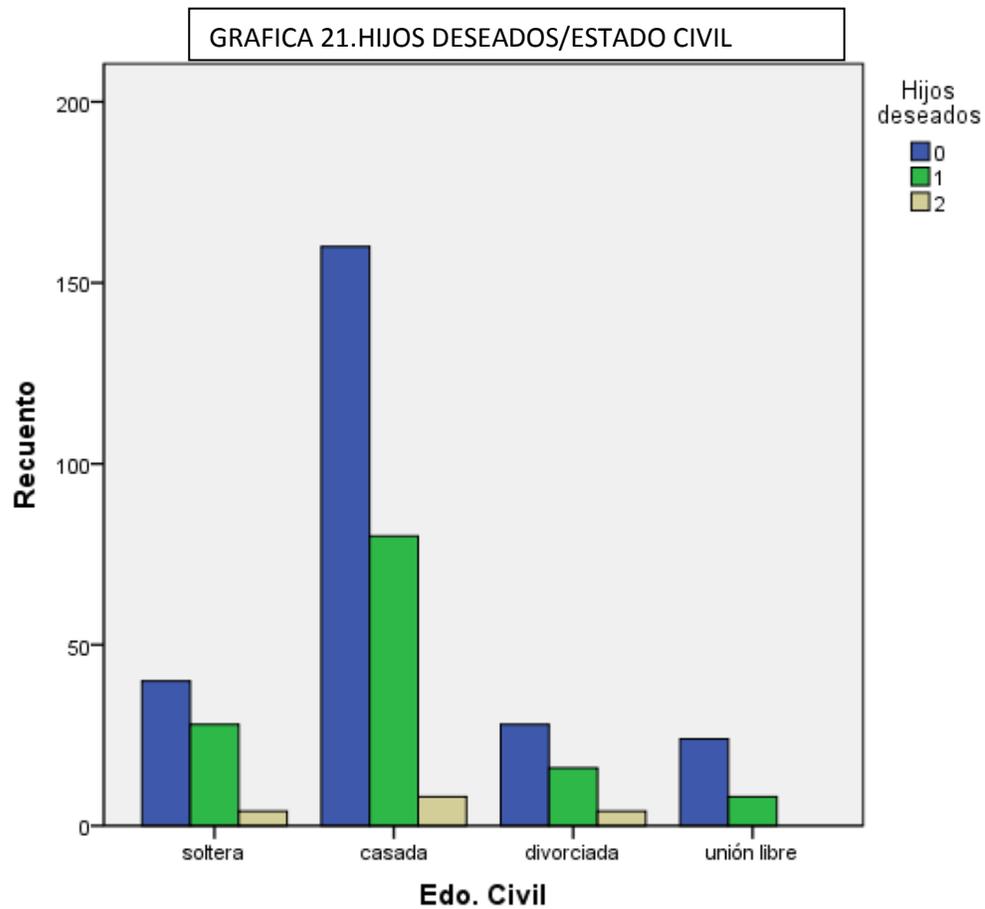


Tabla 13. HIJOS DESEADOS/ESCOLARIDAD.

Recuento

		Numero de Hijos				Total
		1	2	3	4	
Escolaridad	carrera técnica	12	44	12	20	88
	secundaria	0	40	20	12	72
	preparatoria	32	108	32	0	172
	universidad	20	28	16	4	68
Total		64	220	80	36	400

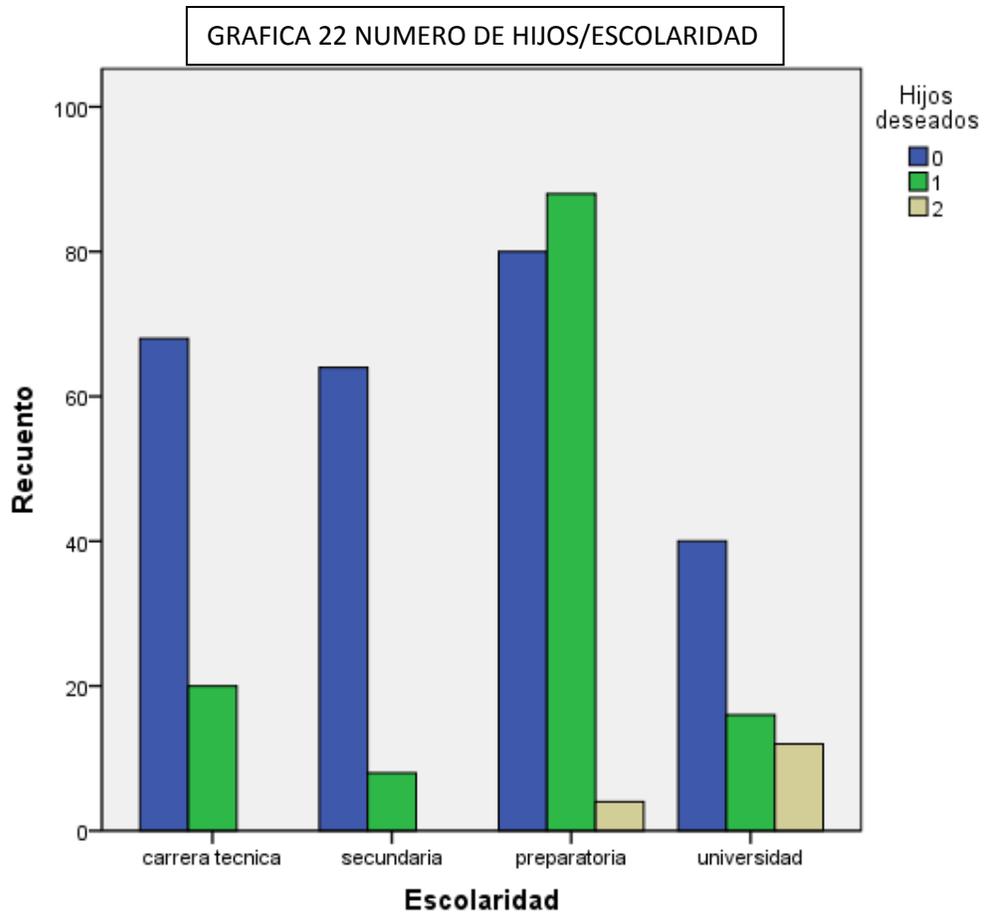


TABLA 14. Motivo de rechazo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si acepto	92	23.0	23.0	23.0
	religión	32	8.0	8.0	31.0
	riesgo quirúrgico	56	14.0	14.0	45.0
	cambios hormonales	44	11.0	11.0	56.0
	pareja	176	44.0	44.0	100.0
	Total	400	100.0	100.0	

GRAFICA 23. MOTIVO DE RECHAZO/RELIGION.

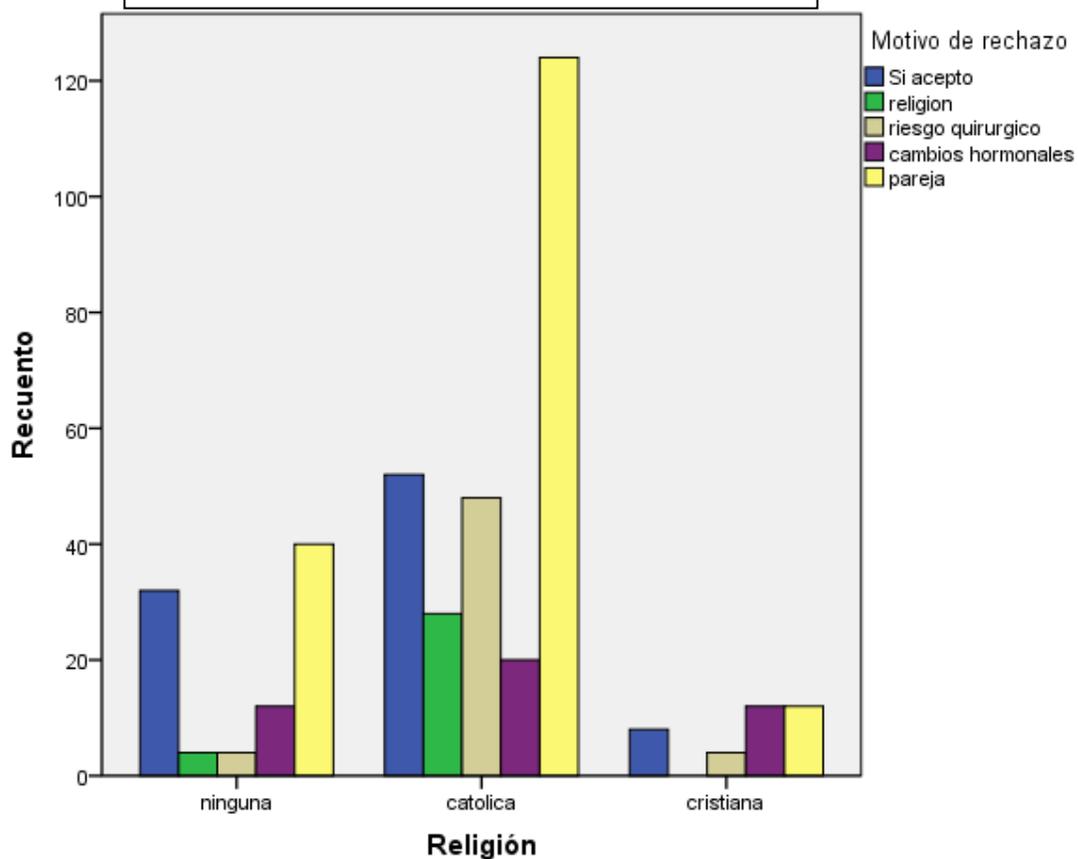


Tabla 15. MOTIVO DE RECHAZO/ESTADO CIVIL.

		Motivo de rechazo					Total
		Si acepto	religión	riesgo quirúrgico	cambios hormonales	pareja	
Edo. Civil	soltera	20	12	8	0	32	72
	casada	60	16	40	36	96	248
	divorciada	8	0	8	4	28	48
	unión libre	4	4	0	4	20	32
Total		92	32	56	44	176	400

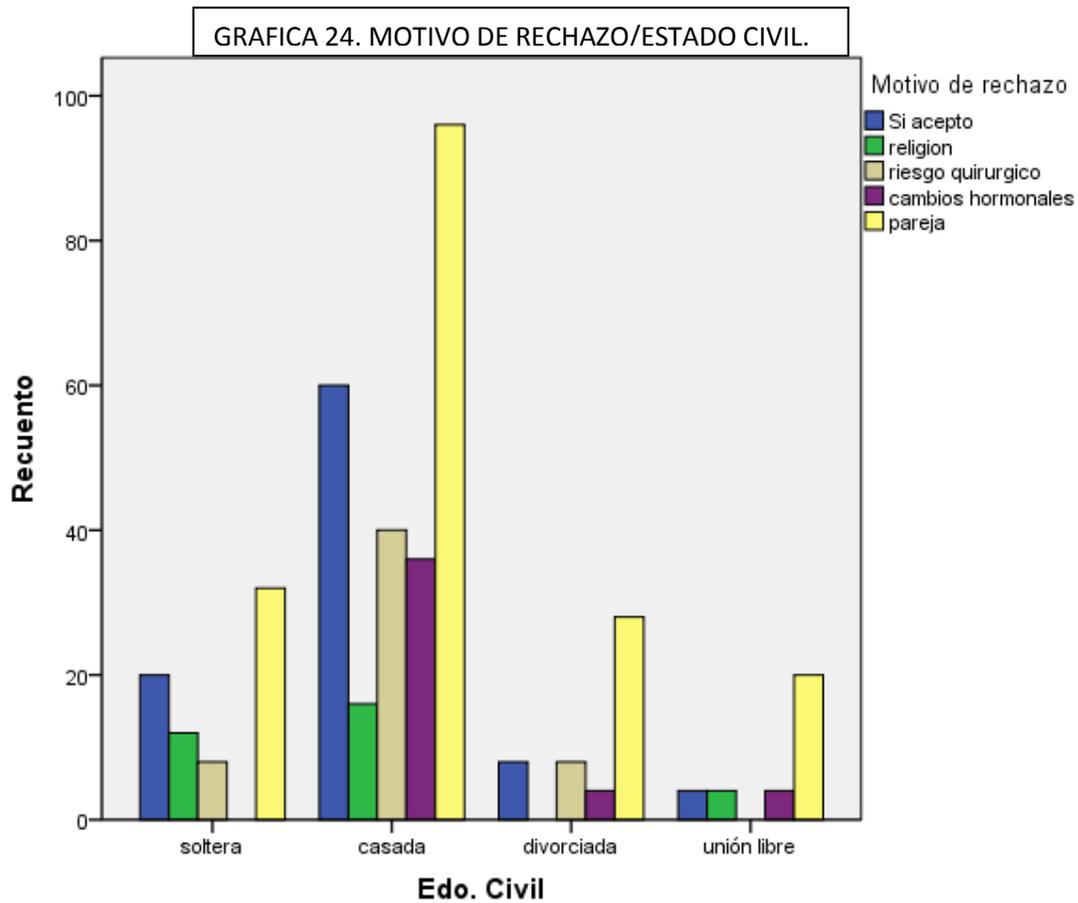


Tabla 16. MOTIVO DE RECHAZO/ESCOLARIDAD.

		Motivo de rechazo			
		Si acepto	religión	riesgo quirúrgico	cambios hormonales
Escolaridad	carrera técnica	8	8	20	4
	secundaria	0	0	12	8
	preparatoria	56	8	20	16
	universidad	28	16	4	16
Total		92	32	56	44

GRAFICA 25. MOTIVO DE RECHAZO/ESCOLARIDAD.

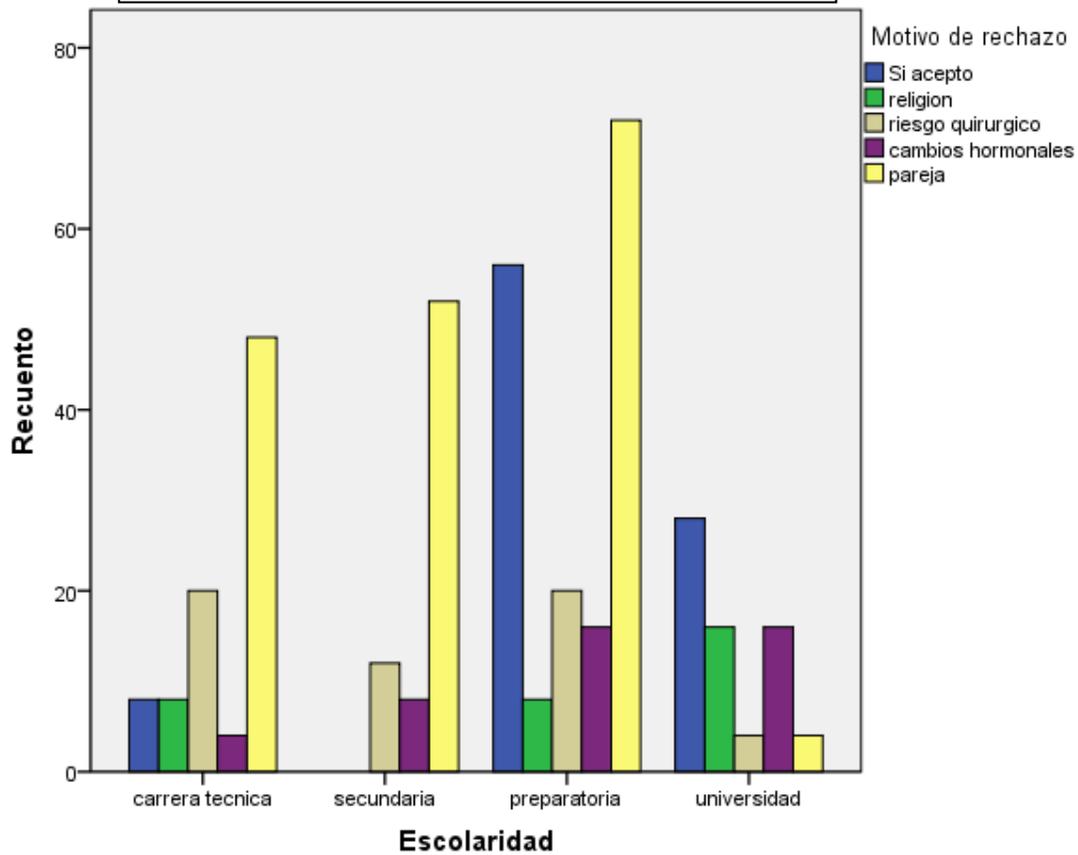


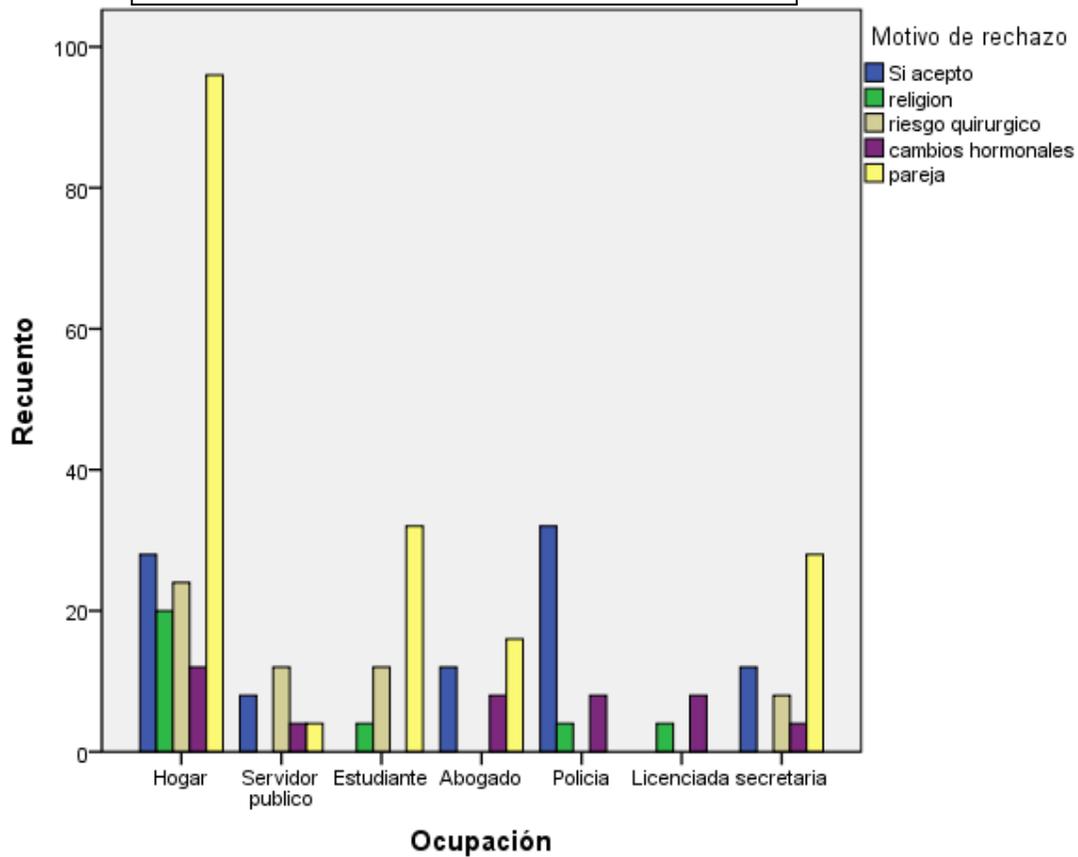
Tabla 17. MOTIVO DE RECHAZO/OCUPACION.

		Motivo de rechazo			
		Si acepto	religión	riesgo quirúrgico	cambios hormonales
Ocupación	Hogar	28	20	24	12
	Servidor publico	8	0	12	4
	Estudiante	0	4	12	0
	Abogado	12	0	0	8
	Policia	32	4	0	8
	Licenciada	0	4	0	8
	secretaria	12	0	8	4

Tabla 17. MOTIVO DE RECHAZO/OCUPACION.

		Motivo de rechazo			
		Si acepto	religión	riesgo quirúrgico	cambios hormonales
Ocupación	Hogar	28	20	24	12
	Servidor publico	8	0	12	4
	Estudiante	0	4	12	0
	Abogado	12	0	0	8
	Policia	32	4	0	8
	Licenciada	0	4	0	8
	secretaria	12	0	8	4
Total		92	32	56	44

GRAFICA 26. MOTIVO DE RECHAZO/OCACIONAL



Bibliografía

- 1 NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar
- 2 <http://www.inegi.org.mx/>
- 3 <http://www.coneval.gob.mx/>
- 4 Organización Mundial de la Salud. Center for Health and Medical Education (2002). "Manual Didáctico: Educación en Fertilidad Familiar". OMS/BLITHE. pp. 53.
- 5 <http://www.omm.org.mx/>
- 6 WHO. (2003). "Esterilización Femenina". OMS Ginebra. pp. 158.
- 7 - "Ley General de Salud". (1992). Ed. Porrúa, S. A. pp. 1167.
- 8 Pérez-Palacios, G. Garza-Flores, J. Hall, P. E. (2007). "Avances Recientes en Regulación de la Fertilidad". Vol.1. Métodos Anticonceptivos. Ed. Piensa. pp. 167.
- 9 Secretaría de Salud, D.G.P.F., (1992). "Manual de Normas y Procedimientos Operativos para el Programa de Planificación Familiar". pp. 203.
- 10 Patton GC, Coffey C, Sawyer SM, Viner RM, Haller DM, Bose K, Vos T, Ferguson J, Mathers CD. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *Lancet*, 2009. 374:881–892.
- 11 Conde-Agudelo A, Belizan JM, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2004. 192:342–349.
- 12 - Gutiérrez D. (2002). "Salud Reproductiva: Concepto e importancia". Ministerio de Previsión Social y Salud Pública de Bolivia, Fondo de Población de las Naciones Unidas y Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. pp.108.
- 13 López, G., Yunes, J., Solís, J. A. Omram, A. R. (2010). "Salud Reproductiva en las Américas". OPS/OMS. pp. 647.
- 14 Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil. Bases generales de las actividades de la educación para la salud reproductiva. Dirección de Prestaciones Médicas, Instituto Mexicano del Seguro Social, 2ª edición, 1998:15-60.
- 15 IPPF. (1981). "Manual de Planificación Familiar para Médicos". Ed. Publicaciones Médicas de IPPF. pp. 263.
- 16 Secretaría de Salud, D.G.P.F., (2002). "Manual de Normas y Procedimientos Operativos para el Programa de Planificación Familiar". pp. 203.

17 INTRAH. (2011). "Guidelines for Clinical Procedures in Family Planning". School of Medicine University of North Caroline at Chapel Hill. pp. 168.

18 Population Crisis Committee (2001). "Guía de Métodos para el control de la natalidad".

19 Pérez-Palacios, G. Garza-Flores, J. Hall, P. E. (1997). "Avances Recientes en Regulación de la Fertilidad". Vol. 2. Dispositivo Intrauterino. Ed. Piensa. pp. 167.

20 Medical Barriers Guidelines Working Group. (Sep. 24, 1993). "Consensus Guidance for Updating Practices: Hormonal Methods and IUDS". DRAFT. MBGWG.

21 Nueva Sociedad No 220, marzo-abril de 2009, ISSN: 0251-3552, <www.nuso.org>

22 Tietjen, L., Cronin, W., Mc Intosh, N. (1992). "Infection Prevention for Family Planning Services Programs". Ed. Essential Medical Information Systems, Inc. pp.254.

Anexo 1

Cuestionario realizado por el investigador para la obtención de los datos en base a las necesidades del estudio.

EDAD_____

ORIGINARIO_____ RESIDENCIA _____

ESTADO CIVIL_____ RELIGION _____

OCUPACION_____

ESCOLARIDAD_____

RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS POR FAVOR.

1.-¿CUANTOS HIJOS TIENE?

2.-¿CUANTOS HIJOS DESEA TENER?

3.-¿QUE METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR UTILIZA ACTUALMENTE?

4.-¿CONOCE USTED EL METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR DEFINITIVO (OBSTRUCCION TUBARIA BILATERAL O SALPINGOCLASIA?)

5.- ¿SI USTED QUISIERA PLANIFICAR SU FAMILIA DE MANERA DEFINITIVA ACEPTARIA ESTE METODO? _____

SI SU RESPUESTA FUE NO INDIQUE LA PRINCIPAL RAZON POR LA CUAL NO ACEPTARIA EL METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR DEFINITIVO.

A) RELIGION_____

B) POR TEMOR A CAMBIOS FISICOS U HORMONALES_____

C) POR TEMOR A COMPLICACIONES DEL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO_____

D) POR QUE PIENSO NECESITAR LA AUTORIZACION DE MI PAREJA.____

E) OTRAS

GRACIAS POR SU PARTICIPACION!!

ANEXO 2

AVISO DE PRIVACIDAD :

JUAN JOSE SUAREZ GUTIERREZ Medico residente de cuarto año de la especialidad de ginecología y obstetricia en el Hospital Regional ISSEMYM Tlalnepantla, es responsable de recabar sus datos personales, del uso que se le dé a los mismos y de su protección.

Su información personal será utilizada los para fines de estudio de opinión de la población de este hospital para conocer y evaluar la calidad del servicio que le brindamos. Para las finalidades antes mencionadas, requerimos obtener los datos del cuestionario otorgado considerado como sensible según la Ley Federal de Protección de Datos Personales en posesión de los Particulares.

Usted tiene derecho de acceder, rectificar y cancelar sus datos personales, así como de oponerse al tratamiento de los mismos o revocar el consentimiento que para tal fin nos haya otorgado, a través de los procedimientos que hemos implementado. Para conocer dichos procedimientos, los requisitos y plazos, se puede poner en contacto con el médico responsable del estudio solicitando la información necesaria en el departamento de enseñanza e investigación de esta unidad.

No habrá modificación a este aviso de privacidad.

Fecha última actualización 01/01/2013.