



Archivos en Medicina Familiar

ISSN: 1405-9657

archmedfam@hotmail.com

Asociación Latinoamericana de Profesores de
Medicina Familiar A.C.

Organismo Internacional

Castañeda-Sánchez, O; Castro-Paz, LS; Lindoro-López, KG.
Causas de no aceptación de métodos de planificación familiar en mujeres que acuden a atención
puerperal en una Unidad de Medicina Familiar en Sonora, México
Archivos en Medicina Familiar, vol. 10, núm. 2, abril-junio, 2008, pp. 37-41
Asociación Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar A.C.
México, Organismo Internacional

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50719074003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Causas de no aceptación de métodos de planificación familiar en mujeres que acuden a atención puerperal en una Unidad de Medicina Familiar en Sonora, México

Causes of Non-acceptance of Family Planning Methods in Women with Ongoing Puerperal Care at a Family Medicine Unit in Sonora, Mexico

Castañeda-Sánchez O, * Castro-Paz LS, **, Lindoro-López KG. ***

* Especialista en Medicina Familiar, Profesor Adjunto de la Residencia en Medicina Familiar en la Unidad de Medicina Familiar en Sonora, IMSS, Ciudad Obregón, Sonora.(México). ** Especialista en medicina Familiar, Jefe de Departamento Clínico de la UMF No. 1, IMSS, Sonora.(México). *** Residente del Tercer año de la Especialidad en Medicina Familiar, IMSS, Sonora.

Correspondencia: Dr. David López del Castillo Sánchez. david.lopezdel@imss.gob.mx.
Recibido: Aceptado:

RESUMEN

Objetivo: Identificar causas de no aceptación de métodos de planificación familiar en mujeres que acuden a atención puerperal. Se realizó un estudio transversal descriptivo en una unidad de medicina familiar de junio a octubre del 2004. Se incluyeron en puerperio mediano que no hubieran aceptado algún método anticonceptivo. *Variables:* edad, estado civil, escolaridad, número de partos, cesáreas, abortos, paridad satisfecha, métodos conocidos, uso de anticonceptivos, reacciones secundarias, fuente de información. *Análisis de resultados:* medidas de tendencia central, dispersión y porcentajes. **Resultados:** Se entrevistaron 61 mujeres entre los 17 y 37 años. Principales causas: los mitos y rumores (36.1%), temor a reacciones secundarias (19.7%), reprobación de la pareja (11.5%). **Conclusiones:** No obstante que a un gran porcentaje de puérperas se les otorga consejo del equipo de salud, se apreció un gran desconocimiento o mayor credibilidad a la información no científica; por lo que se debe no aceptación y elaborar estrategias que las disminuyan y aclaren dudas a la población.

Palabras clave: Planificación familiar, puérperas, métodos anticonceptivos.

ABSTRACT

Objective: To identify the causes of non-acceptance of family planning methods in women that is ongoing during puerperium. A descriptive cross-sectional study was conducted from June to October, 2004. This included women who were in puerperium who did not accept birth-control methods. *Variables:* Age; civil status; schooling; occupation; religion; number of childbirths; number of cesarean sections; number of abortions; satisfactory parity; known birth-control methods; use of contraceptives; secondary reactions; source of information, and causes of non-acceptance. *Analysis of results:* Central trend measurements; dispersion and percentages. **Results:** We interviewed 61 puerperium patients aged between 17 and 37 years. *Main causes:* Myths and rumors (36.1%); fear of secondary reactions (19.7%); religion (14.8%), and lack of approval by the couple (11.5%). **Conclusions:** Although a great percentage of patients receive advice on birth control from the health team, we observed ignorance or a more extensive credibility in non-scientific information; therefore, we must recommend analysis of the causes of non-acceptance, and the elaboration and implementation of working strategies to clarify doubts in the population.

Key words: Family planning, puérperas, birth-control methods.

Introducción

No obstante los éxitos de la planificación familiar y el descenso concomitante en el crecimiento de la población, sigue aumentando. Toda esperanza por moderar el crecimiento futuro de la población requiere de una menor fecundidad y de una planificación familiar más eficaces. Aproximadamente una cuarta parte de las mujeres casadas en los países en desarrollo desean espaciar o limitar sus embarazos, pero no están utilizando ninguna forma de anticoncepción efectiva susceptible para la acción de los servicios de planificación familiar¹.

Durante el puerperio existe un estrecho contacto del personal de salud con la paciente, lo que debe fomentar la aceptación de la metodología anticonceptiva². Es indudable, que el hecho de ofrecer una atención de calidad durante el embarazo y puerperio, contribuye en forma importante a reducir la morbilidad y mortalidad materno-infantil. Inmediato es frecuente que al momento de tomar la decisión sobre el método anticonceptivo más idóneo, se confíe en el consejo del equipo de salud⁴; por esta razón algunos expertos afirman que la educación en planificación familiar debe iniciarse y reforzarse después del parto, permitiendo a la mujer tomar decisiones responsables y de manera informada⁵.

Una atención de calidad es prioritaria en los servicios de planificación familiar, pues ayuda a las parejas a la salud reproductiva en forma segura y eficaz.^{6,7} Actualmente, Bruce^{9,10} propone seis elementos fundamentales para la atención: *información exacta, respeto, fomento del uso continuo, empatía, tiempo para el diálogo y opinión propia*. En forma, que las mujeres embarazadas al solicitar atención médica deben recibir la información necesaria para la elección del método anticonceptivo, que adoptarán en el momento del parto; esa sería una gran oportunidad para evaluar los conocimientos de la participante en educación para la salud. En un estudio realizado en esta unidad de medicina familiar¹¹, se encuestó a 100 mujeres durante el embarazo, habían recibido mala calidad de la información anticonceptiva; en otro se encuestó a 100 mujeres en el grupo de edad de 20 a 29 años no contaban con método anticonceptivo.

Es importante la gestión de estrategias adecuadas que hagan más eficiente el programa de planificación familiar y su impacto en las tasas de fecundidad, haciendo énfasis en los jóvenes que inician su vida reproductiva y representan una prioridad para los diversos programas de planificación familiar. Este estudio tiene como objetivo identificar las causas de la no aceptación de los métodos de planificación familiar en mujeres que acuden a atención puerperal en la Unidad de Medicina Familiar en la Ciudad Obregón, Sonora (México).

Material y Métodos

Estudio descriptivo, transversal, prospectivo y observacional, realizado en la Unidad de Medicina Familiar en la Ciudad Obregón, Sonora (México) del 15 de junio al 31 de octubre de 2004. Se seleccionó de manera aleatoria a 61 pacientes que acudieron al servicio de atención al puerperio fisiológico o quirúrgico (cesárea) se atendiera en el Hospital de Especialidades No. 1 de la misma ciudad, que fueran incluidas en la investigación si aceptaban el método anticonceptivo y otorgaran libremente su consentimiento para participar en la investigación. La investigación se realizó mediante la aplicación de una encuesta que incluyó: aspectos sociodemográficos, antecedentes de embarazo, conocimiento sobre metodología anticonceptiva y los motivos de la no aceptación. *Variables:* edad, escolaridad, ocupación, religión, gestas, partos, cesáreas, abortos, inicio de vida sexual activa, edad del primer embarazo, uso de métodos conocidos, uso de anticonceptivos y tipo, presencia de reacciones secundarias, fuente de información. El análisis de los resultados se realizó mediante frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión.

Resultados

Se entrevistaron 61 puérperas, la edad fluctuó entre los 17 y 37 años, con un promedio de 27.1 años. Las características sociodemográficas se presentan en el cuadro I.

Cuadro I. Características sociodemográficas

ESTADO CIVIL	Soltera	8	13.1 %
	Casada	42	68.9 %
	Unión libre	11	18.0 %
ESCOLARIDAD	Primaria	5	8.2 %
	Secundaria	18	29.5 %
	Preparatoria	25	41.0 %
	Profesional	13	21.3 %
OCUPACIÓN	Ama de casa	33	54.1 %
	Estudiante	2	3.3 %
	Empleada	21	34.4 %
	Maestra	2	3.3 %
	Contadora	3	4.9 %
RELIGIÓN	Católica	49	80.3 %
	Cristiana	7	11.5 %
	Adventista	4	6.6 %
	Ninguna	1	1.6 %
Fuente: Entrevistas directas, UMF No. 1, IMSS, 2004.			

Un total de 48 pacientes (78.7%) dijo estar satisfecha con el número de hijos que tenía; 29 (47.5%) deseaba más hijos. Los antecedentes ginecoobstétricos en promedio reportaron: inicio de la vida sexual activa a los 20.5 años; edad de la primera gestación a los 23.6 años; y gestaciones en promedio 2.3 DE 1.2 con mínimo de una gestación y máximo de siete. Los métodos de contracepción con mayor frecuencia fueron el dispositivo intrauterino y los hormonales (tabletas e inyecciones). Refirieron haber usado DIU 13.1%; 26 pacientes (59%); así mismo 26 pacientes (42.6%) habían presentado reacciones secundarias -hipermenorrea- 14.8%; nueve con cefalea (14.8%), seis entrevistadas padecieron náuseas (9.8%), sobrepeso un caso (1.6%) y cólicos uterinos 14.8% refirieron haberse embarazado aún cuando tenían el dispositivo.

Los métodos conocidos, usados y de los que se ha pedido información se presentan en el Cuadro II. 24 pacientes solicitaron información sobre métodos anticonceptivos en una ocasión, 15 pacientes (24.6 %) en dos ocasiones o más oportunidades. Las personas que otorgaron con más frecuencia la consejería fueron la enfermera (32 %); la trabajadora social (15%) y el médico (11%).

Cuadro II. Métodos conocidos y usados por la población.

	Métodos conocidos	Métodos usados	Métodos no usados
Dispositivo intrauterino (DIU)	0	13.1	
Hormonales orales (HO)	1.6	21.3	
Hormonales inyectables (HI)	1.6	14.8	
Salpingoclasia (OTB)	0	0	
Todos	26.2	0	
DIU y HO	3.3	1.6	
DIU y HI	9.8	3.3	
DIU, HO y HI	34.4	0	
HO y HI	6.6	4.9	
DIU y OTB	1.6	0	
DIU, HI y OTB	13.1	0	
Ninguno	1.6	0	

Fuente: Entrevistas directas, UMF No. 1, IMSS, 2004.

Con respecto a las causas de no aceptación, dentro de las principales están los mitos y el temor a la presencia de efectos secundarios, como se puede ver en el cuadro III, en el cual además se presentan causas identificadas durante el embarazo y el parto reconocieron en el puerperio.

Discusión

La salud reproductiva (SR) entraña la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y la capacidad de decidir la libertad, así como cuando y con qué frecuencia. La SR otorga el derecho básico a toda pareja e individuo de decidir responsablemente, el número de hijos, y el espaciamiento o intervalo de sus nacimientos, así como tan pronto como se les brinde información y medios para ello ¹² sin embargo, de acuerdo con los resultados de este estudio, al menos la mitad de la población no tienen conocimiento de ello, no obstante de contar con servicios médicos como parte de la seguridad.

En la actualidad se reconoce que en su mayor parte las principales causas de mortalidad materna y perinatal se evitan mediante la atención prenatal y puerperal. Con base en la valoración del riesgo reproductivo y obstétrico, el ginecoobstetra deben indagar sobre las expectativas reproductivas de la pareja, su deseo o no de utilizar anticonceptivos, su experiencia previa con alguno de los métodos, brindando información suficiente y clara de las ventajas y desventajas de la planificación familiar.

En el caso de los hospitales, la subje de enfermeras debería detectar entre las púerperas o pacientes atendidos como el aborto, a aquellas que no cuentan con métodos anticonceptivos, identificar sus causas y otorgar c caso de aceptación, notificar al jefe del servicio de Ginecoobstetricia, para su dotación antes del egreso¹³.

Cuadro III. Causas de no aceptación

El médico familiar, cuenta con un equipo multidisciplinario, es decir, servicios de apoyo como trabajo social

	Causas durante el embarazo (%)	Causas
Falta de aprobación de la pareja	11.5	
Falta de aprobación de un familiar	1.6	
Temor a la presencia de efectos secundarios	13.1	
Mitos y rumores	26.2	
Religión	3.3	
Falta de conocimientos (ignorancia)	26.2	
Desaprobación de la pareja y religión	1.6	
Desaprobación de la pareja, familiares y religión	9.8	
Falta de aprobación de la pareja y mitos	3.3	
Vasectomía de la pareja	3.3	
Desconfianza	0	
No tiene pareja	0	

Fuente: Entrevistas directas, UMF No. 1, IMSS, 2004.

infantil y el servicio de planificación familiar, quienes de acuerdo con los resultados de este estudio junto familiar aportaron información en el 87% de los casos. Tres de cada 10 mujeres refirieron haber recibido información de la enfermera materno-infantil, seis del médico familiar y tres por parte de la de la trabajadora social; sin embargo, la impresión que la promoción, información, orientación y consejería,^{12,14} no se han realizado correctamente o no cumplen las expectativas, según estos resultados.

Con respecto al tipo de anticonceptivos, los más conocidos fueron los hormonales orales e inyectables y el DIU, así como los más usados -en el mismo orden-. Coincidiendo con los comentarios de Burnett y William el médico solicitó más información fue el dispositivo intrauterino, por cierto, en el trabajo de Burnett se subraya la importancia del trabajador de la salud al otorgar la información requerida por los pacientes^{6,7}.

Comparado con el estudio realizado por Lee¹¹ en Laredo, Tamaulipas, donde el 43% tenían escolaridad de secundaria o superior, en esta estudiada se observa que en más de la mitad esta fue preparatoria y universitaria, teniendo este dato un efecto positivo en la salud reproductiva según del Domínguez del Olmo, puesto que, las mujeres que poseen un mayor nivel de escolaridad tienen menor tendencia a tener hijos que aquellas con un nivel inferior,¹² lo que de acuerdo con esta investigación sugiere la influencia de otros factores.

Lee, reporta que el 83% de las entrevistadas eran amas de casa y el 87% casadas,¹¹ en esta investigación también tenía la misma ocupación y un tercio contaban con un empleo, en tanto que 7 de cada 10 estaban casadas. ¿Qué factores? no contamos con una respuesta objetiva. Por otro lado, la edad en ambos estudios fue similar.

Los mitos y rumores ocuparon el primer lugar como causa de no aceptación, no obstante que al 23% de las entrevistadas les dio orientación por parte del médico familiar, la enfermera y la trabajadora social, y al 8.2% los amigos y familiares, además de que el 18% contaban con escolaridad de preparatoria y más. ¿Tendrán mayor confianza en las personas ajenas a los profesionales de la salud? Se deberían identificar las razones que alientan a los rumores y a la falta de información científica a los pacientes con el propósito de eliminarlos. Se debería reforzar la consejería habiéndoles informado los beneficios de la protección anticonceptiva con un enfoque humanístico y de salud integral; aprovechar las oportunidades de mediando el consentimiento informado se instruya a las solicitantes de servicios de planificación familiar sobre el nuevo embarazo y respetar su decisión final, cualquiera que esta sea¹⁵. La tercera causa de no aceptación fue la falta de información, en la literatura no hemos identificado, fue reportado por 1.5 de cada 10 pacientes y de estas el 8.2% fueron adventistas.

La cuarta causa fue la falta de aprobación por parte de la pareja, algunas entrevistadas la asociaron a la falta de comunicación reportada por 1 de cada 10 pacientes, lo que podría representar falta de responsabilidad compartida, este ha sido un obstáculo que limita el control sobre la vida sexual y reproductiva¹² probablemente debido a las ideas y costumbres de la población. Otras causas que se reportaron en menor porcentaje, pero que no se les debería restar importancia son la falta de apoyo de los familiares y la desconfianza, aspectos que podrían contrarrestarse con una adecuada consejería.

En las mujeres post- parto o post-aborto, se deben establecer criterios con base en: *los factores de riesgo, satisfacción con la atención, actitud hacia la concepción*,¹⁴ así como aquellos factores que influyen en el comportamiento reproductivo o en la decisión de tener otro hijo. De esta manera el presente estudio podría ser punto de partida, para otras investigaciones en las que se valore ¿Cuáles son las causas y otros factores en la aceptación o no aceptación de los métodos anticonceptivos?

Resulta necesario reforzar el proceso educativo en salud reproductiva con el concurso del equipo de salud y la familia, que difundan y promuevan el conocimiento y sobre todo el uso de los métodos de planificación familiar, un programa de actualización continua de medicina familiar, en México, específicamente en el IMSS, la cual se encuentra dentro del nuevo modelo de atención para la familia PREVENIMSS*.

Referencias

1. Banco Mundial. Planificación familiar: programas eficaces para el desarrollo. Population Reference Bureau. Washington, D.C. mayo 1994. Disponible en: <http://www.worldbank.org/html/extdr/hupppopulationfp.sp.htm>
2. Cassella CA, Gómez VG, Maidana-Roa JD. (2000) Puerperio normal. Revista de Posgrado de la Catedra Via Medicina Familiar. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista100/puerperio_normal.htm
3. Finger RF. Una mejor atención en el posparto salva vidas. Family Health International, 1999; 17(4).
4. Blaney LC. Después del embarazo surgen necesidades. Family Health International, 1997; 17(4).
5. Rivera RS. Mejorar la planificación familiar después del embarazo. Family Health International, 1997;17(4).
6. Bernett B. La calidad se centra en la necesidad de la clientela. Family Health International, 1997;17(4).
7. William RF. Mejoras en los servicios y perspectiva del cliente. Family Health International, 1998;19(1).
8. Bruce J. Fundamental elements of high-quality care; a simple framework. Stud Fam Plan, 1990;2(2):61-69.
9. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its management. Journal of the American Medical Association, 1988; 260:718-723.
10. Sempual LM. Calidad de la información de la metodología anticonceptiva en embarazadas (tesis). Ciudad Obregón: Universidad Autónoma de Sinaloa – Instituto Mexicano del Seguro Social, Postgrado en Medicina Familiar, 2003.
11. Lee IS. Causas de necesidades insatisfechas en planificación familiar. Revista Medica del IMSS, 2003; 41 (4):313-319.
12. Domínguez OJ, Farfán SG. Salud reproductiva. En: Farfán SG, Anzures CR, Huerta RJL, Hernández VJ, Domínguez OJ, Farfán SG. Programa de actualización continua de medicina familiar, 1a. edición, México, D. F. Intersistemas Editores, 1999: 20-25.
13. Aceves GML, Morales HH, Ojeda MR, Velasco MV. Salud reproductiva. Programas Integrados de Salud. Instituto Mexicano del Seguro Social, 2002:53-63.
14. Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil. Bases generales de las actividades de la educación para la salud. Dirección de Prestaciones Médicas, Instituto Mexicano del Seguro Social, 2ª edición, 1998:15-60.
15. Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil. Guía para la obtención del consentimiento informado. Dirección de Prestaciones Médicas, Instituto Mexicano del Seguro Social, 1996:9-15.