



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS
“DR. IGNACIO CHÁVEZ”
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACÁN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 80

PATRICIA JIMÉNEZ HERRERA

MÉDICO CIRUJANO Y PARTERO

PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

**IMPACTO DE CONSEJERÍA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR A MUJERES 15 A
45 AÑOS CON RIESGO REPRODUCTIVO ALTO.**

DIRECTORA DE TESIS:
DRA. OLIVA MEJÍA RODRÍGUEZ

MC. FARMACOLOGÍA CLÍNICA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

ASESOR:
DRA FANNY BARRIOS YÁNEZ
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

CO-ASESORES.
MAT. CARLÓS GÓMEZ ALONSO

MATEMÁTICO ANALISTA

MORELIA, MICHOACÁN, MÉXICO FEBRERO 2014.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACÁN**

TESISTA.

DRA. PATRICIA JIMENEZ HERRERA.

DRA. OLIVA MEJÍA RODRÍGUEZ.
COORDINADORA DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN.

DR. EDGARDO HURTADO RODRÍGUEZ
COORDINADOR DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN

DR. RUBEN RICARDO GARCIA JIMÉNEZ.
DIRECTOR DE LA UNIDAD UMF No.80.

DRA MAYRA EDITH VIEYRA LOPEZ
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UMF No .80

DR JOSÉ RAMÓN SARABIA RAMÍREZ
PROFESOR TITULAR EN MEDICINA FAMILIAR UMF No. 80



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

TESISTA.

DRA. PATRICIA JIMÉNEZ HERRERA.

DR. VÍCTOR MANUEL FARÍAS RODRÍGUEZ
JEFE DE LA DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS "DR. IGNACIO CHÁVEZ"

DR. RAFAEL VILLA BARAJAS
COORDINADOR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS "DR. IGNACIO CHÁVEZ"

Este trabajo se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 80

DIRECTORA DE TESIS:

Dra. Oliva Mejía Rodríguez

Maestra en Farmacología Clínica

Coordinadora Delegacional de Investigación Médica

Especialista en Medicina Familiar

ASESOR:

Dra. Fanny Barrios Yáñez

Médico Especialista en Medicina Familiar

CO- ASESOR ESTADÍSTICO:

Carlos Gómez Alonso

Matemático Analista

Coordinador Analista a CIBIMI

COLABORADORES:

Dr. Jesús Equihua Martínez

Subdirector de la UMF No. 80

Médico Especialista en Medicina Familiar

Dr. Javier Ruiz García

Médico Especialista en Medicina Familiar

Carta Dictamen



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1602
H GRAL REGIONAL NUM 1, MICHOACÁN

FECHA 26/06/2012

M.C. OLIVA MEJÍA RODRÍGUEZ

P R E S E N T E

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

IMPACTO DE CONSEJERIA EN PLANIFICACION FAMILIAR A MUJERES 15 A 45 AÑOS CON RIESGO REPRODUCTIVO ALTO

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

Núm. de Registro
R-2012-1602-34

ATENTAMENTE

DR.(A). MARIO ALBERTO MARTÍNEZ LEMUS

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1602

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Este trabajo se presentó:

XIX Jornadas de Medicina Familiar No. 80 Morelia Michoacán México Noviembre 2013.

AGRADECIMIENTOS

Oliva Mejía Rodríguez

Especialista en Medicina Familiar

Maestra en Farmacología Clínica

Coordinadora Delegacional de Investigación Médica

Fanny Barrios Yáñez

Médico Especialista en Medicina Familiar

Carlos Gómez Alonso

Matemático Analista

Coordinador Analista a CIBIMI

COLABORADORES:

Jesús Equihua Martínez

Subdirector de la UMF No. 80

Médico Especialista en Medicina Familiar

Javier Ruiz García

Especialista en Medicina Familiar

DEDICATORIA

A mis padres, por haberme dado la vida, por el apoyo incondicional día a día.

A mi esposo, por su paciencia, por ese cariño tan inmenso que me brinda sin pedir nada a cambio.

A dios porque sin duda creo que siempre está aquí cuando más lo necesitamos.

A mis asesores, por su orientación y valiosas aportaciones, que sin duda fueron pilares para que este estudio se realizara.

A mis compañeros y amigos por su apoyo en los momentos más difíciles de la residencia y su inmensa amistad fuera de ella.

ÍNDICE

No.	Contenido	Página
I.	Resumen	2
II.	Abstract	3
III.	Abreviaturas	4
IV.	Glosario	5
V.	Relación de cuadros y figuras	9
VI.	Introducción	8
VII.	Antecedentes	9
VIII.	Planteamiento del problema	32
IX.	Justificación	33
X.	Hipótesis y objetivos	34
XI	Material y métodos	35
XII	Resultados	45
XIII.	Discusión	68
XIV.	Conclusiones	72
XV.	Sugerencias	73
XVI.	Referencias	74
XVII.	Anexos	80

Total de páginas: 92

I.RESUMEN

Impacto de consejería en planificación familiar a mujeres de 15 a 45 años de edad con riesgo reproductivo alto.

Antecedentes: La consejería en planificación familiar y la valoración de riesgo reproductivo en primer nivel de atención están enfocadas a incrementar el impacto en salud reproductiva de la población, con el objetivo de instruir a las mujeres sobre el peligro de enfermedad o muerte que representa el embarazo.

Objetivo: Determinar el impacto de consejería en mujeres de 15 a 45 años de edad con riesgo reproductivo alto de la UMF 80.

Material y métodos: Diseño Cuasiexperimental. Se incluyeron 80 mujeres de 15 a 45 años de edad que firmaron consentimiento informado, se valoró riesgo reproductivo, se evaluó el nivel de conocimientos sobre salud sexual, reproductiva y métodos de planificación familiar como tamizaje, mediante un instrumento elaborado y validado exprofeso. Se otorgó consejería sobre métodos de planificación. Valorando su impacto a través de la aceptación de un método de planificación familiar. El análisis estadístico se realizó con estadística descriptiva, e inferencial mediante el modelo no paramétrico Chi².

Resultados: La consejería aumentó la aceptabilidad métodos de planificación familiar $p = .000$. No tuvimos el impacto deseado para ningún método de planificación familiar acorde al riesgo reproductivo. El riesgo reproductivo alto se asoció a primigestas con cesárea 1 $p = .000$, aunado a preeclamsia- eclamsia e hipertensión arterial $p = .0012$. El nivel de conocimientos sobre educación sexual, sexualidad y sexo, planificación familiar se encontró por debajo de la media de acuerdo a la evaluación Statine, y la confiabilidad del cuestionario con Kuder-Richardson 20 aportó 0.7023.

Conclusiones: La consejería a mujeres de alto riesgo reproductivo aumento la aceptación de métodos de planificación pero no logramos el impacto deseado.

Palabras clave: Planificación familiar, riesgo preconcepcional, métodos de planificación familiar.

II. ABSTRACT

Concejería impact on family planning to women 15-45 years of age with high reproductive risk.

Background: Family planning and counseling on reproductive risk the valuation in the first level of care are aimed at increasing the impact on reproductive health of the population, with the goal of educating women about the danger of illness or death is pregnancy.

Objective: Provide counseling on family planning to women 15-45 years of age with high reproductive risk, and assess their impact.

Material and method: Quasi-experimental design. We included 80 women 15-45 years old who signed informed consent, we appreciate reproductive risk, we evaluated the level of knowledge about sexual health, reproductive and family planning methods such as screening, using an instrument developed and validated expofeso. The grant counseling on family planning methods. statistical analysis was performed with descriptive statistics, and inferential by parametric model.

Results: It was found that the counseling increase the acceptability of MPF in the total sample with a sig = .000. But we did not have the desired impact for any method of family planning. The high reproductive risk was associated with cesarean primipara with one Sig = 0.012. The level of knowledge about sexual education, sexuality and gender, family planning is below average according to the evaluation statine, the reliability of the questionnaire with Kuder-Richardson 20 0.7023 I bring.

Coclusions: The counseling for high-risk women reproductive increase acceptance of family planning methods but do not achieve the desired impact.

Key words: Family Planning, Risk preconception family planning methods.

III. ABREVIATURAS

DIU: Dispositivo intrauterino.

KR 20: Kuder Richardson 20.

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OTB: Oclusión turbaría bilateral.

PNS: Programa Nacional de Salud.

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

UMF: Unidad de Medicina Familiar.

VPH: Virus del papiloma humano

IV. GLOSARIO

Consejería.- Es un proceso de análisis y comunicación personal entre el prestador de servicios y el usuario potencial y/o el usuario activo, mediante el cual se proporciona información, orientación y apoyo educativo a individuos y parejas que les permitan tomar decisiones voluntarias conscientes e informadas acerca de su vida sexual y reproductiva.

Consentimiento informado.- Decisión voluntaria del aceptante para que se le realice un procedimiento anticonceptivo, con pleno conocimiento y comprensión de la información pertinente sin presiones.

Daño: Es el resultado no deseado en función del cual se mide un riesgo

Factor: Característica individual o poblacional asociada con un aumento de la probabilidad de sufrir un daño.

Factor de riesgo: Es toda característica o circunstancia detectable en individuos o en grupos de individuos asociada con la probabilidad incrementada de experimentar un daño a la salud.

Índice de Dificultad del Reactivo.- Número de respuestas correctas para este reactivo / número total de respuestas (correctas e incorrectas) para ese reactivo.

Índice de discriminación del Reactivo.- Es la resta entre el porcentaje de examinados que se encuentra en la mitad superior del grupo y que respondió correctamente el reactivo y el porcentaje de examinados que se encuentra en la mitad inferior del grupo y que respondió correctamente el reactivo entre la raíz cuadrada del promedio aritmético del porcentaje de examinados que se encuentran en la mitad superior del grupo y el porcentaje de examinados que se encuentra en la mitad inferior del grupo multiplicada por dos.

Kuder Richardson 20.- Coeficiente que estima la confiabilidad de un instrumento.

Métodos anticonceptivos.- Son aquellos que se utilizan para limitar la capacidad reproductiva de un individuo o de una pareja, en forma temporal o permanente.

Planificación familiar.- Derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener al respecto la información específica y los servicios idóneos.

Riesgo reproductivo.- Probabilidad que tienen, tanto la mujer en edad fértil como su producto potencial, de experimentar enfermedad, lesión o muerte, en caso de presentarse un embarazo.

Salud reproductiva.- Estado general de bienestar físico-mental y social, de los individuos y de las parejas de disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad para decidir de manera responsable y bien informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos.

Usuario: persona que utiliza un método anticonceptivo temporal o que le ha sido practicado alguno de los métodos anticonceptivos permanentes.

V. RELACIÓN DE CUADROS Y FIGURAS.

No.	Contenido	Página
Figura 1.	Histograma de frecuencia de edad.	45
Figura 2.	Porcentaje de adscripción a la UMF 80 por turno.	46
Figura 3.	Estado civil de la población.	47
Figura 4.	Distribución de frecuencia por ocupación.	48
Figura 5.	Distribución de frecuencia por escolaridad.	49
Figura 6.	Distribución por grupos de acuerdo a escolaridad.	50
Figura 7.	Distribución de frecuencia de inicio de vida sexual activa.	51
Figura 8.	Distribución de frecuencia del número de parejas sexuales.	52
Figura 9.	Número de gestas.	53
Cuadro I.	Inicio de vida sexual activa relacionado al número de parejas sexuales.	54
Cuadro II.	Relación del número total de gestas, con el desenlace de evento obstétrico como factor de riesgo reproductivo alto.	55
Cuadro III.	Relación de APP y AGO con Cesárea 1.	56
Cuadro IV.	Relación de APP y AGO con Cesárea 2.	57
Cuadro V.	Antecedentes Gineco- Obstétricos causa de Cesárea 3.	58
Cuadro VI.	Confiabilidad de cuestionario KR20.	59
Cuadro VII.	Evaluación de conocimientos del cuestionario como tamizaje con Statine	60
Cuadro VIII.	Dominios del cuestionario de conocimientos con medidas de tendencia central.	61
Cuadro IX.	Asociación de escolaridad al dominio Educación Sexual.	62
Cuadro X.	Asociación de escolaridad al dominio Sexualidad y sexo.	63
Cuadro XI.	Asociación de escolaridad al dominio Planificación familiar.	64
Cuadro XII.	Métodos de planificación familiar ideal y aceptada.	65
Cuadro XIII.	Métodos de planificación aceptados.	66
Cuadro XIV.	Métodos de planificación familiar de alta tasa de continuidad aceptados.	67

VI. INTRODUCCIÓN

Fomentar una actitud responsable frente a la reproducción, contribuye a mejorar las condiciones de vida de los individuos, en consecuencia, a favorecer el crecimiento armónico de la población del país.

El programa de planificación familiar, se ha definido como prioritario, porque contribuye a que las personas alcancen una vida sexual y reproductiva sana y placentera, a través de su contribución a la prevención de embarazos no planeados y de alto riesgo, la disminución del riesgo de mortalidad perinatal, aborto e infecciones de transmisión sexual.

Existen evidencias de que la calidad en los servicios de planificación familiar, desde la perspectiva de los usuarios, está relacionada con la característica de la información que se recibe, es decir, que la población comprenda y reconozca los beneficios de dicha información permitiéndole aclarar sus dudas creando así el término de consejería.

La urbanización es el resultado del desarrollo económico provocado por la industrialización hecho que está marcado por la participación laboral de la mujer. Lo que ha ocasionado que en países desarrollados y tal vez en países en vías de desarrollo la reproducción se desplace a edades maternas mayores o a muy temprana edad. Aumentando la probabilidad de experimentar enfermedad, lesión o muerte en caso de presentar un embarazo, a lo que definimos como mujeres de riesgo reproductivo alto, un grupo prioritario en las unidades de salud.

En la Unidad de Medicina Familiar Número 80, existen pocos registros sobre la valoración de riesgo reproductivo en los consultorios, tal pareciera que dicho rubro es solo obligación de los módulos de planificación familiar. Es importante retomar las diferentes estrategias educativas como la consejería una herramienta básica y fundamental en la prevención.

VII. ANTECEDENTES.

La salud puede ser el indicador más importante del desarrollo humano ha estimulado un diálogo cada vez más consensual entre los diversos organismos internacionales enfocándose a proporcionar este derecho a grupos prioritarios.

La Organización Mundial de la Salud en 1992 definió la salud reproductiva como el estado de completo bienestar físico, mental y social; y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción.

Este concepto se ratificó en la conferencia internacional de población y desarrollo en el Cairo¹.

En el 2001 la asamblea mundial de salud, principal organismo de decisión de la OMS, implementa la salud reproductiva como un tema prioritario de salud pública. La resolución adoptada sobre salud reproductiva se denomina “Contribución de la OMS al logro de metas de desarrollo de la Declaración del Milenio de Naciones Unidas”, en la que se reconoce la igualdad de derechos de hombres y mujeres a los más altos niveles de salud y la importancia del acceso a servicios de salud reproductiva de buena calidad^{2,3}.

La implementación de estrategias de asistencia en salud femenina, la maternidad sin riesgos y la defensa de los derechos humanos y reproductivos representan otro de los ejes para un buen desarrollo de la sociedad.

De esta manera la sociedad debe asumir responsablemente la obligación de ofrecer a ese grupo poblacional seguridad, esperanza y ética para lograr que la familia se constituya como elemento básico y legítimo de organización social, así el individuo obtendrá la protección y educación necesarias para llegar a ser un individuo pleno⁴.

Una de las acciones fundamentales para lograr estos propósitos es la formación del recurso humano encargados de investigar, analizar, transferir educación médica y diseñar estrategias que permitan mejorar la salud reproductiva de las mujeres de nuestro país⁵.

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

La Ley Federal sobre metrología y normalización, que entró en vigor el 1 de julio de 1992, la cual señala bases para la elaboración de las Normas Oficiales Mexicanas, que sustituyen, a partir del 16 de octubre de 1993. La democratización de la salud, todos los individuos, sin importar su sexo, edad, raza, condición social o política, credo o preferencias sexuales, tienen el derecho a la información, a la libre decisión, a la protección de la salud, a la no discriminación, al estándar más alto posible en salud y a gozar de los beneficios del progreso científico ⁶.

El acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva es uno de los objetivos centrales en el sistema de salud que forma parte de las estrategias sustantivas para reducir los rezagos en salud que afectan a la población. La suma de esfuerzos de todas las instituciones de los sectores público y privado, así como el entusiasmo y colaboración de la sociedad civil organizada permitirán avanzar de manera equitativa hacia la salud reproductiva de mujeres y hombres en nuestro país ⁷.

De acuerdo con el Programa Nacional de Salud (PNS), la planificación familiar forma parte de la estrategia para "reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres", específicamente donde se señala la importancia de "Atender otros problemas relacionados con el rezago", y también se articula con la estrategia que señala la necesidad de "Vincular la salud con el desarrollo económico y social" en los que se refiere a "Promover la perspectiva de género en el sector salud".

Salud Reproductiva tiene como propósito fundamental disminuir las diferencias en los indicadores de salud reproductiva entre las diversas regiones del país, con especial énfasis en las áreas rurales y los municipios de alta y muy alta marginación.

El objetivo del programa se centra en incrementar la información y educación para promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, tomando en cuenta la diversidad cultural de cada grupo de la población, en favorecer el acceso a los servicios de salud reproductiva de los adolescentes, indígenas, discapacitados, de la población rural y urbano marginada, así como en propiciar una mayor participación del varón en el cuidado de la salud reproductiva, considerando aspectos culturales, geográficos y económicos ⁸.

La salud reproductiva 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, es la capacidad de los individuos y de las parejas de disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad de decidir de manera responsable y bien informada sobre el número y el espaciamiento de los hijos. Está directamente relacionada con la calidad de vida, la sexualidad y la familia. Representando el ejercicio de la sexualidad responsable y sin riesgos; el bienestar de la madre, del niño en gestación, de los infantes y de los adolescentes y se extiende más allá del período reproductivo de las personas. Tiene que ver con las relaciones interpersonales, con percepciones y con valores⁹.

El acceso a los usuarios se traduce en los derechos de la salud reproductiva de la siguiente manera:

Información: Ser enterado (a) con oportunidad, veracidad y en un lenguaje comprensible, de los beneficios y de los riesgos de las intervenciones médicas.

Acceso: Recibir atención y servicios de calidad con calidez.

Elección: Decidir responsable y libremente entre las diversas alternativas que existan para dar cumplimiento a su solicitud.

Seguridad: Recibir el tratamiento que ofrezca mejores condiciones de protección a la salud.

Privacidad: Recibir información, orientación, consejería y servicios en un ambiente libre de interferencias.

Confidencialidad: Que cualquier información personal proporcionada no será divulgada a terceras personas.

Dignidad: Ser tratado(a) con respeto, consideración y atención.

Continuidad: Recibir información, servicios y suministros por el tiempo que sea requerido.

Opinión: Expresar sus puntos de vista acerca de la información, servicios y trato recibidos.

El derecho a la información, el respeto a los derechos sexuales y reproductivos, el derecho a los servicios de calidad, diseñando programas educativos como la consejería en planificación familiar, la cual tiene como finalidad, difundir de manera clara, la diversidad de métodos de planificación familiar, así como los riesgos que implica, la maternidad y paternidad responsable.

Consejería.

La consejería en planificación familiar es un proceso de análisis y comunicación personal entre el prestador de servicios y el usuario potencial y/o el usuario activo, mediante el cual se proporciona información, orientación y apoyo educativo a individuos y parejas que les permitan tomar decisiones voluntarias consientes e informadas acerca de su vida sexual y reproductiva. El proceso se debe enfocar a resolver o aclarar las dudas que se pudieran tener acerca de las indicaciones, uso, seguridad y efectividad de los métodos anticonceptivos¹⁰.

La capacitación para la consejería en salud reproductiva, con enfoque integral, tiene como fundamento pedagógico el círculo experiencial de aprendizaje (CEA), que funciona como una estructura operativa de los principios de la educación participativa no formal del adulto, que propone como centro el respeto y la valoración de la persona de la realidad en que se desenvuelve¹¹.

La educación participativa en el adulto como la consejería, tiene como fundamento, el desarrollo de capacidades, competencias, recuperación de la experiencia concreta con la gente, de sus saberes, actitudes y conductas, de sus percepciones e interpretaciones sobre los fenómenos, como punto de partida del proceso educativo y como insumos para la reflexión.

Así como crear ambientes lúdicos para realizar los eventos educativos, de manera tal que se faciliten las manifestaciones espontáneas y la expresividad natural, culturalmente determinadas; Horizontalidad en la relación pedagógica que implica redefinir el papel del consejero para entenderlo como un facilitador del aprendizaje; Reconocimiento y uso de diferentes caminos para acceder al conocimiento; Predilección por el aprendizaje centrado en problemas, como referentes obligados para propiciar su análisis y búsqueda participativa de solución; Preferencia por técnicas dialógicas, grupales y activas ¹².

La metodología básica para el aprendizaje de adultos sobre métodos de planificación familiar está centrada en la participación activa.

Los adultos tienen una profunda necesidad de ser autodirigidos, ya que estos conocen sus necesidades y buscan respuestas: por lo mismo quieren y pueden participar y decidir sobre su salud. El papel del facilitador para otorgar consejería consiste en un proceso de indagación, análisis y toma de decisiones transmitirles su conocimiento y luego evaluar lo adquirido¹³.

Con la edad los adultos se basan más en la experiencia que en la educación como fuente primordial dentro del aprendizaje por ello es importante saber que el proceso en esta rama del aprendizaje existen: Las personas que aprenden:

De lo conocido a lo desconocido.

De lo simple a lo complejo.

De lo concreto a lo abstracto.

De lo práctico a lo teórico.

Del presente al futuro.

Por ello al momento de abordar temas como métodos de planificación familiar y aplicar como estrategia educativa en salud la consejería debemos saber que un adulto recuerda:

10% de lo que leen

20% de lo que escuchan

30% de lo que ven

50% de lo que ven y escuchan

70% de lo que dicen y escriben

90% de lo que hacen.

De esta manera podemos fundamentar con claridad que el impacto en salud a través de la consejería depende del tipo de persona y de la capacidad de aprendizaje de esta última. Indagando en lo que la consejería tiene como fundamento científico la educación está basado en el ciclo de Kolb (1976) el aprendizaje comienza con una experiencia inmediata y concreta que sirve de base para la observación y la reflexión. Estas observaciones se integran en una “teoría” formando conceptos abstractos y permitiendo su generalización tras comprobar las implicaciones de los conceptos en situaciones nuevas. Estas implicaciones o hipótesis sirven de base para generar nuevas experiencias¹⁴.

Por tanto, a la hora de aprender se ponen en juego cuatro capacidades diferentes:

1. Capacidad de Experiencia Concreta (EC), ser capaz de involucrase por completo, abiertamente y sin prejuicios en experiencias nuevas.
2. Capacidad de Observación Reflexiva (OR), ser capaz de reflexionar acerca de estas experiencias y de observarlas desde múltiples perspectivas.
3. Capacidad de Conceptualización Abstracta (CA), ser capaz de crear nuevos conceptos y de integrar sus observaciones en teorías lógicamente sólida.
4. Capacidad de Experimentación Activa (EA), ser capaz de emplear estas teorías para tomar decisiones y solucionar problemas.

Kolb, considera que las cuatro capacidades son diametralmente opuestas y cuando aprendemos debemos elegir entre ellas.

La educación para la salud es un proceso que aborda no solamente la transmisión de la información en salud, sino también el fomentar la motivación, las habilidades personales y la autoestima necesarios para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud.

La consejería se considera una herramienta educativa aplicable a diversos aspectos de prevención y promoción de la salud, que tiene las siguientes características, actuar a través del conocimiento de los aspectos claves de una comunicación, buscar la habilidad para lograr la modificación de hábitos, y saber aplicarla a cualquier problema o atención de personas mediante una atención individual o grupal, que reconoce en el usuario el papel de protagonista o conductor de la adopción de conductas saludables. Actuado como facilitador del proceso de toma de conciencia, decisión.

Teniendo como fundamento la educación y la comunicación en todo su contexto las características de la consejería en planificación familiar debe proporcionar información, orientación y apoyo educativo a individuos y parejas, para esclarecer las dudas que pudieran tener sobre los métodos anticonceptivos en cuanto a: características, efectividad anticonceptiva, Indicaciones, contraindicaciones y precauciones, forma de administración, Lineamientos generales para la prescripción, duración de la protección anticonceptiva, seguridad, efectos colaterales y conducta a seguir, necesidad de seguimiento, evaluación y reforzamiento de la protección anticonceptiva, cuando proceda, información sobre el costo.

Se debe hacer énfasis en la correlación entre los atributos y limitaciones de los métodos anticonceptivos, con las necesidades y características individuales y de pareja de los posibles aceptantes. Se debe poner especial atención en la seguridad, efectividad y duración de la protección anticonceptiva de cada uno de los métodos, así como de sus características, forma de uso, necesidades de seguimiento y participación activa y comprometida de los usuarios, para lograr la efectividad del método seleccionado.

Dando particular atención a los siguientes grupos e individuos:

- a) Adolescentes.
- b) Usuarios que solicitan métodos de anticoncepción permanente;

c) Individuos que presentan limitaciones físicas o psíquicas que puedan afectar su capacidad de decisión.

d) En el posparto y poscesárea cuando el recién nacido presente problemas de salud que comprometan su supervivencia.

Perfil del prestador de servicios que proporciona consejería debe ser impartida por cualquiera de los integrantes del personal de salud que hayan recibido capacitación especial (personal médico, de enfermería, trabajo social, u otro personal paramédico, promotores de salud y agentes de salud comunitaria).

Establecer un diálogo ágil con el usuario potencial, así como observar, hacer preguntas relevantes y escuchar. Asimismo, estar bien informado sobre todos los métodos anticonceptivos existentes, aspectos básicos de sexualidad y reproducción humana, factores de riesgo reproductivo, elementos del entorno sociocultural, familiar y saber transmitir esta información en forma clara y accesible a los usuarios, para lo cual debe auxiliarse de material educativo adecuado.

Debido a que el consejero y el usuario potencial establecen comunicación sobre cuestiones de índole personal, es importante que se preserve el carácter privado y confidencial, respeto al usuario, a través de su actitud y del interés mostrado al solicitante, procurando que exista un ambiente de mutua confianza, así como tomar en consideración los mitos, tabúes y creencias sobre los anticonceptivos y hacer las aclaraciones pertinentes con delicadeza y sensibilidad.

Tiempo y lugar para efectuar la consejería

Puede impartirse en las diferentes oportunidades de consulta o visita que el usuario potencial haga al prestador de servicio y puede llevarse a cabo en las unidades médicas de consulta, externa y hospitalización, en los centros de atención comunitaria o en el domicilio de los usuarios potenciales y activos tenerse especial interés en proporcionar consejería individual y de pareja durante el periodo prenatal, posparto, poscesárea, postaborto y cuando la situación de salud de la mujer pueda ser afectada por la presencia de un embarazo.

La consejería como estrategia educativa puede tener limitantes como el tiempo, refiere Leal y cols. En evaluar el impacto en consejería para el uso del condón en adolescentes donde el factor tiempo fue determinante¹⁵.

El médico y la enfermera de la familia en su contexto laboral, en la comunidad, ocupan una posición privilegiada que les permite detectar el riesgo de la población en edad fértil y poner en práctica medidas para actuar sobre ellas con la cooperación interactiva de la comunidad, la evaluación de sus necesidades sentidas y la gestión intersectorial¹⁶.

La consejería es una estrategia educativa que aplicada correctamente en poblaciones blanco con problemas de salud tiene buenos efectos¹⁷.

Riesgo reproductivo.

Riesgo reproductivo es la probabilidad o grado de peligro que tienen tanto la mujer en edad, fértil como su producto potencial, de experimentar enfermedad, lesión o muerte en caso de presentarse un embarazo. La frecuencia de cesáreas no justificadas aunado a otros factores personales patológicos en nuestra población aumenta el riesgo reproductivo¹⁸.

La manera de poder incidir en evitar en la prevalencia de este hecho podríamos influir de manera favorable en disminuir las complicaciones aumentado con la consejería la cobertura de planificación familiar.

La consejería en planificación familiar posterior a la cesárea influye de manera positiva en la toma de decisiones para elegir un método de planificación familiar¹⁹. Trabajos como este refieren que la cesárea continua siendo uno de los motivos más importante en los diferentes niveles de atención médica, por normativa una cesárea previa sin una indicación absoluta va aumentar el factor de riesgo reproductivo, o bien el factor de riesgo obstétrico, las acciones medico preventivas, grupos como los adolescentes a través de estrategias educativas están mejor informados sobre los factores de riesgo²⁰.

Existe una morbilidad oculta por riesgo reproductivo o preconcepcional a fallas en el proceso de identificación, en muchos casos sin darle el enfoque integral, individual y epidemiológico de riesgo.

Las mujeres en edad reproductiva, entre 15 y 49 años, no gestantes, que de acuerdo con la presencia de condiciones y factores de riesgo, tienen incremento en la probabilidad de sufrir daños a su salud o a la de su futuro hijo, si se involucran en el proceso reproductivo. Los diferentes factores de riesgo reproductivo; para fines prácticos se pueden clasificar en antecedentes generales, antecedentes patológicos obstétricos, y antecedentes patológicos personales.

Antecedentes generales: la edad, nivel socio económico, escolaridad estado civil, antecedentes ginecológicos: número total de embarazos, la multiparidad o nuliparidad, abortos, o cesáreas intervalo intergenesico cortó. Antecedentes personales patológicos: la diabetes mellitus hipertensión arterial, cardiopatías, nefropatías, coagulopatías.

Algunos autores identifican un cuarto grupo de factores de riesgo reproductivo etiquetados como de tipo ginecológico cuya presencia puede tener consecuencias deletéreas para la madre, el feto y el neonato. Estos factores son: el cáncer de cérvix, enfermedad inflamatoria pélvica, enfermedades de transmisión sexual (SIDA, citomegalovirus, infecciones cervicovaginales incompetencia ístmico cervical, malformaciones uterinas, miomatosis uterina, etc.

Otra población blanca son las mujeres adolescentes con multiparidad, asociada a cesárea iterativa ²¹. Un estudio sobre valoración de riesgo reproductivo los factores de mayor prevalencia fueron: la edad menor a 18 años, inestabilidad sexual, y la hipertensión arterial.

La clasificación del riesgo resulta de su estimación, el cual se calcula matemáticamente, midiendo la probabilidad de ocurrencia de un evento dado en forma global o específica, en función de cierto número de variables. Será bajo, cuando no se identifica ningún factor de riesgo conocido y alto, cuando está presente una o varias condiciones que pueden en un momento dado afectar el embarazo.

Los adolescentes tienen ideas equivocadas de lo que significa el embarazo²².

Actualmente no hay consenso para definir con exactitud a la mujer que se considera con alto riesgo, ya que cada hospital, departamento tiene su propia forma de evaluar este estado clínico, el IMSS considera riesgo reproductivo alto a la paciente que tenga un puntaje mayor a 4 puntos de una serie de parámetros que se encuentran contemplados en el formato MF 5-2000 IMSS la cual evalúa la atención médica prenatal y riesgo reproductivo. Sin embargo coinciden en afirmar que la población clave son los adolescentes²³.

Sexualidad, sexo.

Los diferentes niveles de atención médica han puesto como pilar la educación como ya lo mencionamos, y en los servicios de salud los temas relacionados a una salud sexual plena es uno de los retos en este momento, ya que estos temas tienen mucho que ver con un contexto cultural, y muchas de las veces hasta religioso, la educación sexual como medida preventiva a mostrado resultados en la prevención como las enfermedades de transmisión sexual²⁴. Una estrategia de intervención educativa para evaluar los conocimientos sobre algunos aspectos de la sexualidad en estudiantes mostró un desconocimiento sobre los métodos de planificación familiar, aborto etc.²⁵ por ello la temática al abordar temas integrales de salud, el tener una práctica sexual responsable está ligada a la educación que se recibe en casa ya que la educación sexual es una obligación de los padres, prestadores de servicios de salud, la escuela, etc.²⁶.

La sexualidad en la adolescencia y una mala orientación termina en complicaciones como embarazos no deseados, mortalidad materna, e infantil condicionantes que están íntimamente relacionadas a una falta de conocimientos sobre el tema²⁷. La actividad sexual en la adolescencia a temprana edad es otro tema de riesgo para enfermedades, por lo que decimos que los programas educativos pueden influir a retrasar este suceso cada día más común influyendo de manera favorable en disminuir el riesgo reproductivo de nuestros pacientes²⁸.

Métodos de planificación familiar.

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

El sustento jurídico para los programas se basa en las reformas hechas al artículo 4° Constitucional, donde se establece el derecho de los mexicanos y mexicanas a decidir de una manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, la equidad de género y el derecho a la salud de toda la población.

Métodos anticonceptivos son aquéllos que se utilizan para impedir la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja en forma temporal o permanente y se clasifican: en temporales o definitivos.

Temporales: Hormonales orales, hormonales inyectables, hormonales subdermicos, dispositivo intrauterino, de barrera y espermicidas, Naturales o de abstinencia periódica.

Permanentes: OTB y vasectomía.

Hormonales orales combinados que contienen estrógeno y progestina

Formulación: Contienen un estrógeno sintético: etinil estradiol (20-50 µg) o mestranol (50 - 100 µg). Las dosis diarias recomendables no deben exceder de 35 µg de etinil estradiol o de 50 µg de mestranol. Además del estrógeno contienen una de cualesquiera de las siguientes progestinas sintéticas derivadas de la 19 Nortestosterona: noretisterona (400 µg-1mg), norgestrel (300-500 µg), levonorgestrel (50-250 µg), gestodeno (75 µg), norgestimato (250 µg) y desogestrel (150 µg), o derivadas de la 17 hidroxiprogesterona: acetato de clormadinona (2 mg) y acetato de ciproterona (2 mg).

Presentación: Existen tres tipos de presentaciones de los anticonceptivos hormonales combinados orales: las que contienen dosis constantes del estrógeno y de la progestina en cada una de las tabletas o grageas. Se presentan en cajas de 21 tabletas o grageas. Algunas presentaciones incluyen siete tabletas o grageas adicionales que no contienen hormonas, sino sólo hierro o lactosa, resultando ciclos de 28 tabletas o grageas para administración ininterrumpida. Las que contienen dosis variables del estrógeno y de la progestina en las tabletas o grageas que se administran dentro del ciclo de 21 días, se denominan trifásicos por incluir tabletas o grageas con tres cantidades diferentes de hormonas sintéticas, y aquellas que en el paquete para 21 días contienen 15 tabletas o grageas con el estrógeno solo, seguidas por seis tabletas o grageas con dosis fijas del estrógeno, más alguna progestina sintética, se denominan secuenciales y no se debe recomendar su uso como anticonceptivo.

Efectividad anticonceptiva: Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 92 al 99%.

Indicaciones: Los anticonceptivos hormonales combinados orales están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método temporal de alta efectividad y seguridad y que acepten la responsabilidad de la ingesta diaria de las tabletas o grageas en las siguientes circunstancias: Antes del primer embarazo, en el intervalo intergenésico, en posaborto inmediato, en posparto o poscesárea, después de la tercera semana, si la mujer no está lactando.

Contraindicaciones: Lactancia en los primeros seis meses posparto, embarazo o sospecha de embarazo, tener o haber tenido enfermedad tromboembólica, incluyendo trombosis de venas profundas, embolia pulmonar, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, y cardiopatía reumática. Tener o haber tenido cáncer mamario o del cérvix.

Tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos, enfermedad hepática aguda o crónica activa, durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes.

Precauciones: Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada. fumadoras mayores de 35 años de edad, hipertensión arteriar, diabetes mellitus no controlada. migraña focal. Leiomiomatosis uterina, Insuficiencia renal, alteraciones de la coagulación.

Forma de administración: Los anticonceptivos hormonales combinados orales, en el primer ciclo de tratamiento, deben iniciarse preferentemente dentro de los primeros cinco días del ciclo menstrual. También pueden iniciarse al sexto o séptimo día, en este caso debe usarse simultáneamente un método de barrera durante los primeros siete días de la administración del método.

En las presentaciones de 21 tabletas o grageas se ingiere una tableta o gragea diaria durante 21 días consecutivos, seguidos de siete días de descanso sin medicación. Los ciclos subsecuentes deben iniciarse al concluir los siete días de descanso del ciclo previo independientemente de cuando se presente el sangrado menstrual.

En las presentaciones de 28 tabletas o grageas se ingiere una de éstas, que contienen hormonas, diariamente durante 21 días consecutivos, seguidos de siete días durante los cuales se ingiere diariamente una tableta o gragea que contiene hierro o lactosa. Los ciclos subsecuentes se inician al concluir el previo, independientemente de cuando se presente el sangrado menstrual.

Este método debe suspenderse dos semanas antes de una cirugía mayor electiva o durante la inmovilización prolongada de alguna extremidad y reiniciarse dos semanas después. La protección anticonceptiva está limitada a cada uno de los ciclos durante los cuales se ingieren las tabletas o grageas en forma correcta.

Efectos colaterales: Algunas mujeres pueden presentar: cefalea, náusea, vómito, mareo, mastalgia, cloasma, manchado intermenstrual.

Hormonales orales que sólo contienen progestina

Formulación: Existen dos formulaciones que contienen dosis bajas de una progestina sintética, linestrenol 0.5 mg y levonorgestrel 35 µg (no contienen estrógenos).

Presentación: Se presenta en cajas que contienen 35 tabletas o grageas.

Efectividad anticonceptiva: Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 90 al 97%.

Indicaciones: Los anticonceptivos hormonales orales que sólo contienen progestina están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método temporal de alta efectividad y seguridad y que acepten la responsabilidad de la ingesta diaria de las tabletas o grageas, en las siguientes circunstancias: Antes del primer embarazo inclusive, cuando el uso de estrógenos esté contraindicado, en el intervalo intergenésico inclusive, cuando el uso de estrógenos esté contraindicado, en el posparto o poscesárea, con o sin lactancia y cuando se deseen anticonceptivos orales, en el posaborto inmediato.

Contraindicaciones: Embarazo o sospecha de embarazo, tener o haber tenido cáncer mamario o del cérvix, tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos, enfermedad hepática aguda o crónica activa, durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes.

Precauciones: Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada, insuficiencia renal, cardiopatía isquémica, depresión importante, migraña focal.

Forma de administración:

Los anticonceptivos hormonales orales que sólo contienen progestina en su primer ciclo de tratamiento deben iniciarse preferentemente el primer día de la menstruación. Si el inicio se efectúa después del primero y antes del sexto día desde el inicio de la menstruación, se deberá usar un método de barrera, como apoyo, durante siete días. Se ingiere una tableta diaria ininterrumpidamente, incluso durante la menstruación. Debido a la menor duración de su efectividad anticonceptiva, es necesario tomar la tableta o gragea a la misma hora. En el posparto, o poscesárea cuando la mujer esté lactando se debe iniciar después de la sexta semana. Si no está lactando puede iniciarse después de la tercera semana. Al suspender totalmente la lactancia se puede recomendar el cambio a otro método anticonceptivo.

Duración de la protección anticonceptiva: La protección anticonceptiva está limitada al día en que se ingiere la tableta. Si se omiten una o más tabletas o grageas el método es inefectivo.

Efectos colaterales: Irregularidades menstruales (hemorragia, manchado prolongado o amenorrea), cefalea, mastalgia.

Seguimiento de la usuaria:

Se debe efectuar mediante una visita inicial al mes y posteriormente al menos cada año o cuando se estime necesario por el prestador del servicio o la usuaria. En cada visita se reforzará la consejería, se vigilará el correcto uso del método, la satisfacción con el mismo, la posible aparición de efectos colaterales y cuando proceda, se dotará de tabletas o grageas.

Métodos hormonales inyectables: son métodos temporales de larga acción y se dividen en dos grupo: Hormonales combinados inyectables que contienen estrógeno y progestina.

Formulación: Contienen un éster de estradiol: cipionato de estradiol (5 mg), valerianato de estradiol (5 mg) o enantato de estradiol (5 y 10 mg). Las dosis recomendables del éster de estradiol no deben exceder de 5 mg al mes. Además de estrógeno contienen una de cualesquiera de las siguientes progestinas sintéticas esterificadas derivadas de la 19-nortestosterona: enantato de noretisterona (50 mg), o derivadas de la 17-hidroxiprogesterona: acetato de medroxiprogesterona (25 mg) y acetofénido de dihidroxiprogesterona (75 y 150 mg).

Presentación: Existen cuatro tipos de anticonceptivos hormonales combinados inyectables: Cipionato de estradiol 5 mg más acetato de medroxiprogesterona 25 mg en 0.5 ml de suspensión acuosa microcristalina. Valerianato de estradiol 5 mg más enantato de noretisterona 50 mg en 1 ml de solución oleosa. Enantato de estradiol 5 mg más acetofénido de dihidroxiprogesterona 75 mg en 1 ml de suspensión acuosa. Enantato de estradiol 10 mg + acetofénido de dihidroxiprogesterona 150 mg en 1 ml de suspensión acuosa.

Efectividad anticonceptiva: Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%.

Indicaciones: Estos anticonceptivos están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método anticonceptivo hormonal de larga acción e inyectable, en las siguientes circunstancias: antes del primer embarazo, en el intervalo intergenésico, en posaborto, en posparto, o poscesárea después de la tercera semana, si la mujer no está lactando.

Contraindicaciones: Lactancia en los primeros seis meses posparto, embarazo o sospecha de embarazo, tener o haber tenido cáncer mamario o de cérvix, tener o haber tenido enfermedad tromboembólica incluyendo trombosis de venas profundas, embolia pulmonar, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca,

Cardiopatía isquémica y cardiopatía reumática, tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos, tener enfermedad hepática aguda o crónica activa, durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes.

Precauciones: Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada, fumadoras mayores de 35 años de edad, hipertensión arterial, diabetes mellitus no controlada, migraña focal, leiomiomatosis uterina, insuficiencia renal, alteraciones de la coagulación.

Forma de administración: Los anticonceptivos hormonales combinados inyectables se aplican por vía intramuscular profunda en la región glútea. La primera aplicación debe hacerse en cualesquiera de los primeros cinco días después de iniciada la menstruación. También puede iniciarse en cualquier momento, si se está razonablemente seguro de que la usuaria no está embarazada. Si el método se inicia después del quinto día del ciclo menstrual debe usarse simultáneamente un método de barrera durante los primeros siete días después de la inyección. Las inyecciones subsecuentes deben aplicarse cada 30 +/- 3 días, independientemente de cuando se presente el sangrado menstrual.

Las usuarias de anticonceptivos inyectables que sólo contienen progestina pueden cambiar al hormonal combinado inyectable recibiendo la primera aplicación de éste en el día programado para su inyección. Posteriormente se debe aplicar cada 30 +/- 3 días independientemente de cuando se presente el sangrado menstrual.

En el posparto, o poscesárea cuando la mujer no efectúa lactancia, la administración del hormonal combinado inyectable se puede iniciar después de la tercera semana. Después de un aborto se puede iniciar la administración del hormonal combinado inyectable a las dos semanas.

Seguimiento de la usuaria: Se debe efectuar mediante una visita inicial a los 30 días y posteriormente cada año o cuando se estime necesario

En cada visita se reforzará la consejería, se valorará la satisfacción con el método, la posible aparición de efectos colaterales y cuando proceda se aplicará la siguiente inyección.

En la primera visita y en cada una de las subsecuentes se pueden entregar varias ampolletas, pero sólo tres o cuatro son programáticamente razonables. El número de ampolletas que se proporcionen puede estar determinado por razones programáticas, logísticas o financieras, incluyendo la capacidad de la usuaria de pagar en un sistema de recuperación de cuotas.

Dispositivo intrauterino

Los dispositivos intrauterinos son artefactos que se colocan dentro de la cavidad uterina con fines anticonceptivos de carácter temporal.

Descripción: Los dispositivos intrauterinos disponibles consisten en un cuerpo semejante a una "T" de polietileno flexible y contienen un principio activo o coadyuvante de cobre o de cobre y plata y tienen además hilos guía para su localización y extracción.

Presentación: Los dispositivos intrauterinos se obtienen esterilizados, en presentación individual, acompañados de su insertor.

Efectividad anticonceptiva: Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 95 al 99%.

Indicaciones: La inserción del DIU está indicada para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método anticonceptivo temporal de alta efectividad y seguridad, que no deseen la toma o aplicación periódica de anticonceptivos hormonales en las siguientes circunstancias: antes del primer embarazo, en el intervalo intergenésico, en el posparto, trans y poscesárea, con o sin lactancia.

Contraindicaciones: Embarazo o sospecha de embarazo, útero con histerometría menor a 6 cms, patología que deforme la cavidad uterina, carcinoma del cérvix o del cuerpo uterino, enfermedad inflamatoria pélvica activa, presencia de corioamnionitis.

Precauciones: Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada, infecciones del tracto genital, hiperplasia endometrial, anemia y padecimientos hemorragíparos, dismenorrea severa, antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica, antecedente de embarazo ectópico, ruptura prematura de membranas, trabajo de parto prolongado.

Forma de administración: El DIU debe ser insertado en la cavidad uterina.

El DIU puede ser insertado en los siguientes momentos: Periodo intergenésico: el DIU puede insertarse preferentemente durante la menstruación o en cualquier día del ciclo menstrual cuando se esté razonablemente seguro de que no hay embarazo, posplacenta: la inserción debe realizarse dentro de los 10 minutos posteriores a la salida de la placenta. Esta técnica puede realizarse después de un parto o durante una cesárea, prealta: al egreso hospitalario se puede hacer la colocación del DIU antes de que la paciente sea enviada a su domicilio, después de la resolución de cualquier evento obstétrico, posaborto: inmediatamente después del legrado o aspiración endouterina por aborto de cualquier edad de embarazo, puerperio tardío: entre 4 y 6 semanas posaborto, posparto y poscesárea.

Intervalo intergenesico: Se debe informar a la usuaria como será el procedimiento de inserción y la importancia de su colaboración durante el mismo. Se hará una exploración pélvica bimanual, previa a la colocación del DIU, para precisar forma, tamaño y posición del útero, así como para descartar la existencia de alguna patología pélvica. Con la ayuda de un espejo vaginal, se visualizara el cérvix y se hará limpieza del cuello uterino, empleando una gasa con solución antiséptica.

Con una pinza de Pozzi, se toma el labio anterior del cuello uterino y traccionar suavemente, para rectificar el ángulo entre el canal cervical y la cavidad uterina. Con un histerometro, de preferencia maleable, se determina la longitud de la cavidad uterina, registrando la distancia entre el orificio cervical externo y el fondo de la cavidad. Si la longitud es menor a 6 cm, no se insertara el DIU; si la longitud es mayor a 6 cm se insertara siguiendo los lineamientos señalados en el instructivo de uso, que es proporcionado por el fabricante, o en los manuales de procedimientos elaborados por las instituciones del Sistema Nacional de Salud. Una vez terminada la inserción, se retira la pinza de Pozzi, se verifica que no exista hemorragia en los sitios de prensión, se recortan los hilos guía a 2 cm del orificio externo del cérvix, en caso necesario, y se retira el espejo vaginal.

Duración de la protección anticonceptiva: La protección anticonceptiva que brindan los dispositivos varía de acuerdo con el principio activo o coadyuvante que contengan. La duración de la efectividad anticonceptiva de los dispositivos tipo TCu 380A y TCu 220C es de seis a ocho años y para los Multiload 375 y 250 es de cinco y tres años, respectivamente.

Al término del periodo de efectividad del DIU, si la usuaria requiere aún este tipo de método, debe reemplazarse por otro en forma inmediata a la remoción.

Efectos colaterales: En general, el DIU es bien tolerado por la mayoría de las usuarias. Los efectos colaterales son poco frecuentes, generalmente limitados a los primeros meses posteriores a la inserción y se pueden manifestar como: Dolor pélvico durante el periodo menstrual, aumento de la cantidad y duración del sangrado menstrual.

Seguimiento de la usuaria

Las revisiones subsecuentes deben programarse, la primera entre la cuarta y la sexta semanas posteriores a la inserción.

Si la aplicación se realizó después de un evento obstétrico se recortarán los hilos del DIU a una distancia de dos centímetros por fuera del orificio externo del cérvix, en caso necesario. La segunda revisión se debe efectuar a los seis meses a partir de la inserción y posteriormente cada año contado a partir de la fecha de aplicación del DIU o cuando la usuaria lo estime necesario. En cada visita clínica debe verificarse la posición correcta del DIU mediante la visualización de los hilos guía, investigar la presencia de efectos colaterales, descartar la presencia de embarazo y detectar la existencia de infecciones cérvico-vaginales. En caso de embarazo, si los hilos son visibles, se retirará el DIU. Si los hilos no son visibles no se debe intentar el retiro del dispositivo. Siempre que sea posible, en la visita anual se debe efectuar toma de muestra para citología cérvico-vaginal (Papanicolaou).

Oclusión tubaria bilateral

Descripción: Es 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.

Efectividad anticonceptiva: Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%.

Indicaciones: Este procedimiento está indicado para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas que deseen un método permanente de anticoncepción, en las siguientes condiciones: paridad satisfecha, razones médicas, retardo mental.

Contraindicaciones: Enfermedad inflamatoria pélvica activa.

Precauciones: Embarazo o sospecha de embarazo, discrasias sanguíneas no controladas, anemia severa, en el posparto, cuando el neonato presente problemas de salud que comprometan su supervivencia, falta de movilidad uterina.

Tiempo de realización: Este procedimiento puede realizarse en el intervalo, posparto, transcesárea y posaborto.

Efectos colaterales: 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).

Seguimiento de la usuaria: Las revisiones subsecuentes deben programarse; la primera se debe efectuar durante la primer semana poscirugía, para revisión de la herida quirúrgica. Se debe instruir a la paciente para que acuda a consulta si se presenta cualquiera de las siguientes situaciones: sintomatología urinaria, dolor pélvico, abdominal o torácico severo, hemorragia en la herida quirúrgica, fiebre y dolor local en la herida quirúrgica.

En caso de no existir complicaciones, las siguientes revisiones se deben efectuar cada año, en las cuales, siempre que sea posible, se efectuará toma de muestra para citología cérvico-vaginal (Papanicolaou).

VIII. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

De acuerdo al diagnóstico de salud 2011 de la UMF No. 80. El total de la población por grupos etarios adscritos es 223,988 derechohabientes, de los cuales 45,328 corresponden a mujeres en edad fértil de 15 a 45 años de edad.

Uno de los aspectos medico preventivos importantes para este grupo etario es la promoción y aceptación de métodos de planificación familiar con una cobertura total mensual del 100%, de los cuales el 60% corresponde a metodología de alta tasa de continuidad, y el otro 40% a los de baja tasa de continuidad.

El reporte de módulo de planificación familiar y sistema de información de la UMF 80 de enero a diciembre del 2011 la cobertura total para estos meses fue 106%, 47% corresponde a métodos de alta tasa de continuidad con deficiencia del 13% para lo programado, y un 59% que corresponde a hormonales orales e inyectables. Lo que nos traduce que probablemente hay una mala promoción, distribución, selección, y elección del método.

No se identifica entre la población general las mujeres en edad fértil, ya que no existe registro fiable de la valoración de riesgo reproductivo en estas mujeres por lo tanto no hay una adecuada consejería sobre metodología anticonceptiva. Lo que se refleja en la baja cobertura alcanzada este año para metodología de alta tasa de continuidad. Por lo que me pregunto:

¿Cuál es el impacto de la consejería en planificación familiar, en la aceptación de métodos de planificación familiar en mujeres adscritas a la UMF 80, de 15 a 45 años de edad acorde a su riesgo reproductivo alto?

IX. JUSTIFICACIÓN

La importancia de la consejería sobre métodos de planificación familiar a mujeres en edad fértil con factor de riesgo reproductivo alto radica en la información sistemática de conocimiento sobre la importancia de su salud reproductiva enfocada a riesgos, con el objetivo de disminuir en todo lo posible las complicaciones en embarazos futuros.

Dentro de los objetivos y políticas del IMSS sobre procedimientos de planificación familiar en unidades de primer nivel de atención, señala que se debe identificar entre la población a mujeres en edad fértil, efectuar la valoración de riesgo reproductivo, haciendo énfasis en los no usuarios de métodos anticonceptivos, registrando a todas las mujeres su riesgo reproductivo en el expediente electrónico, de manera que esto sea un fundamento para ofertar un método de planificación familiar acorde a los antecedentes.

En la UMF 80, no existe evidencia específica sobre el número de mujeres en edad fértil, con uso de métodos anticonceptivos, no se conoce su riesgo reproductivo y se ignora si se otorgó en algún momento consejería. En la unidad hay registro de mujeres embarazadas con valoración de riesgo obstétrico se otorga consejería en forma grupal por servicio de trabajo social, sin embargo el resto de la población femenina no está integrada a grupos de riesgo no se realizan acciones de salud sexual y reproductiva, escasamente existe información sobre metodología de planificación familiar; es por ello que considero fundamental que la intervención de consejería en planificación familiar en todas las unidades de primer nivel de atención en nuestro sistema de salud incrementaría la cobertura de métodos de planificación familiar e impactaríamos de manera favorable en promover la maternidad y paternidad responsable, disminuir en todo lo posible embarazos de alto riesgo y no deseados, aumentar los intervalos entre nacimientos y en una sola acción incrementar la efectividad y disminuir el costos.

X.HIPOTESIS Y OBJETIVOS

HIPOTESIS

La consejería a mujeres adscritas a la UMF 80, de 15 a 45 años de edad con riesgo reproductivo alto, aumenta la aceptación de métodos de planificación familiar de alta tasa de continuidad.

OBJETIVOS

A.-GENERAL:

1.- Determinar el impacto de consejería en planificación familiar a mujeres adscritas a la UMF 80, de 15 a 45 años de edad con riesgo reproductivo alto.

B.- ESPECIFICOS:

1.- Evaluar el nivel de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva así como de los métodos de planificación familiar.

2.- Aumentar la aceptación de método de planificación familiar de alta tasa de continuidad.

XI. MATERIAL Y METODOS

DESCRIPCION DEL ESTUDIO

Diseño del estudio: Analítico

Tipo de investigación: Cuasi experimental

Método de observación: Prospectivo

Temporalidad: Transversal

Población de estudio: Mujeres de 15 a 45 años de edad, con factor de riesgo reproductivo alto.

Lugar: Unidad de Medicina Familiar Número 80, Morelia Michoacán.

Tamaño de la muestra: El tamaño de la muestra se calculó de acuerdo a la siguiente fórmula para la población finita, se incluyeron 80 mujeres de 15 a 45 años de edad derechohabientes del IMSS.

$$n = \frac{N}{1 + N e^2}$$

$$n = \frac{45,328}{1 + (45,328 \times 0.12^2)}$$

$$n = \frac{45,328}{1 + (45,328 \times 0.0144)}$$

$$n = \frac{45,328}{1 + 652.72}$$

$$n = \frac{45,328}{653.72} = 69.33$$

Criterios de selección:

1.- Criterios de inclusión

Mujeres de 15 a 45 años de alto riesgo reproductivo adscritas a la Unidad de Medicina Familiar Número 80, de Morelia Michoacán.

Sin método de planificación familiar.

Vida sexual activa.

Que estén de acuerdo en participar.

Que firmen el consentimiento informado.

2.- Criterios de no inclusión:

Mujeres menores de 15 años o mayores de 45 años.

Mujeres con factor de riesgo bajo.

Mujeres con riesgo reproductivo alto que desean embarazarse.

Embarazadas.

Mujeres de 15 a 45 años con método de planificación familiar temporal o definitivo.

Que no acepten participar.

3.- Criterios de eliminación

Pacientes que cambien de unidad de adscripción.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.

1.-Variable independiente: Consejería en planificación familiar

2.-Variable dependiente: Riesgo reproductivo alto

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
Consejería en planificación familiar	Es un proceso de análisis y comunicación personal entre el prestador de servicios y el usuario potencial y/o el usuario activo, mediante el cual se proporciona información, orientación y apoyo educativo a individuos y su pareja que le permite tomar decisiones voluntarias, consientes e informadas acerca de su vida sexual y reproductiva	Cualitativa	Cuestionario de conocimientos Statine Muy superior Superior Abajo del superior Ligeramente arriba de la media En la media Ligeramente inferior de la media Abajo del inferior Pobre Muy pobre.
Riesgo reproductivo	Probabilidad que tiene, tanto la mujer en edad fértil como su producto potencial, de experimentar enfermedad, lesión o muerte, en caso de presentarse un embarazo.	Cualitativa	Formato MF5-2000 IMSS. Alto mayor a 4 Bajo menor a 4
Métodos de planificación familiar	Son aquéllos que se utilizan para impedir la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja en forma temporal o permanente y se clasifican: en temporales o definitivos.	Cualitativos Nominales	Consentimiento informado Para métodos de planificación familiar.

DESCRIPCION OPERATIVA DEL ESTUDIO

Captura de pacientes:

El reclutamiento de pacientes se realizó por el investigador en las salas de espera de la Unidad de Medicina Familiar No.80 de ambos turnos de lunes a viernes durante 4 meses de Junio a septiembre del 2012. Se interrogó una a una de las pacientes aquellas que aceptaron participar en el estudio se les informó ampliamente de su participación, de los beneficios que recibirían de ello además de la libertad de poder abandonar el estudio sin que ello afectara los servicios que reciben del IMSS se programó una cita con el investigador de manera que dicha cita coincidiera de ser posible con su fecha de menstruación, y aquellas que reunieron los criterios de selección se les pidió firma de consentimiento informado (Anexo 1). Se les otorgó una sola sesión individualizada o en pareja según el caso con una duración de 2 horas. Se explica la necesidad de la valoración de riesgo reproductivo con ayuda del formato de vigilancia prenatal, riesgo reproductivo y riesgo obstétrico del instituto mexicano del seguro social denominado MF-5-2000 (Anexo 2). Donde se incluyen número de seguridad social con agregado, nombre del paciente, número de consultorio y turno. Edad en años, el peso habitual en kilos, talla en centímetros. Escolaridad, fecha de última regla. Vida sexual activa, número de hijos vivos. Gestas, partos, abortos, cesáreas, intervalo intergenesico, fecha de último embarazo, si este fue de término, parto normal, mortalidad perinatal, antecedentes obstétricos: preeclampsia- eclampsia, enfermedad trofoblástica gestacional, óbito fetal, bajo peso al nacer (menor a 2500grs), prematuridad, macrosomía (más de 4000g), malformaciones congénitas, sangrado en el último embarazo del tercer trimestre, polihidramnios u oligohidramnios, cirugía pélvica uterina, y otros. Antecedentes personales patológicos: Hipertensión arterial, Diabetes mellitus, Cardiopatías, otra enfermedad crónica o sistémica grave, tabaquismo, alcoholismo y otras toxicomanías, valoración de riesgo reproductivo con el total de puntos, así como la fecha en la que se realizó, incluyeron solo aquellas con riesgo reproductivo alto.

Se registraron datos relevantes para el estudio en un formato especial diseñado exprofeso (Anexo 3) registrando los siguientes datos:

Ficha de identificación: Nombre de la paciente, número de seguridad social, unidad de adscripción, número de consultorio, turno, Edad en años, Estado civil, Ocupación, escolaridad.

Peso y talla.

Antecedentes personales patológicos: Hipertensión arterial, Diabetes mellitus, Cardiopatías, Hipertiroidismo e hipotiroidismo, Nefropatías, enfermedades hematológicas, colagenopatías, enfermedades tromboembolias, neuropatías, cáncer cervicouterino, cáncer de mama, epilepsia, asma bronquial, deficiencia mental, VIH, SIDA, RH negativo, tabaquismo, alcoholismo, drogas, hepatopatías.

Antecedentes gineco obstétricos: Fecha de última regla, inicio de vida sexual activa, número de parejas sexuales, gestas, partos, abortos, cesáreas, periodo intergenesico, preeclampsia- eclampsia, enfermedad trofoblástica gestacional, óbito fetal, bajo peso al nacer (menor a 2500grs), prematuridad, macrosomía (más de 4000g), malformaciones congénitas, sangrado en el último embarazo del tercer trimestre, polihidramnios u oligohidramnios, cirugía pélvica uterina, embarazo ectópico, diabetes gestacional.

Valoración de riesgo reproductivo. Alto o bajo en base a los antecedentes antes mencionados se incluyeron solo a las pacientes con factor de riesgo reproductivo alto.

Método de planificación ideal: En base a los antecedentes antes mencionados donde incluimos: Hormonales orales, hormonales inyectables, hormonales subdérmicos (implante subdérmico), parches, dispositivo intrauterino T de cobre y Mirena, condón masculino, métodos de barrera y espermicidas, métodos tradicionales, naturales, o de abstinencia periódica, métodos definitivos: oclusión tubárica bilateral, vasectomía.

Método de planificación familiar aceptado. Se anotó al término de la sesión de consejería en planificación familiar.

Diseño del instrumento de evaluación.

Se le pidió a la paciente contestar el cuestionario para la evaluación de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva y métodos de planificación familiar contiene un total de 31 reactivos con opciones de respuesta en abanico, cierto, falso y no sé, contiene tres dominios que corresponden a educación sexual 11 reactivos, sexualidad y sexo 6 reactivos, planificación familiar 14 reactivos (Anexo 4). Se validó por ronda de expertos, un especialista de Medicina familiar, especialista en salud sexual y reproductiva, y un Ginecólogo. La consistencia interna se evaluó por medio de la formula KR-20 (Kuder Richardson 20 Coeficiente que estima la confiabilidad de un instrumento).

Con un índice de confiabilidad: 0.7023

$$KR20 = \frac{N}{N-1} * \frac{V - \sum_{i=1}^n PQ}{V}$$

KR20 - Formula Kuder Richardson 20

N - Número de reactivos en el examen

V - Varianza del test

P - Proporción de respuestas correctas en el examen (respuestas correctas / el número de reactivos en el examen)

Q - Proporción de respuestas incorrectas del examen ($1 - P$)

Las respuestas se evaluaron de acuerdo a una lista de cotejo, la puntuación se otorgó como sigue: por cada respuesta acertada se sumó un punto, por cada respuesta incorrecta se restó un punto y por cada respuesta “no sé” no se sumó ni se restó.

Es decir un acierto es +1 si la respuesta elegida por el alumno es correcta, en caso contrario será de -1, y será de cero cuando elija la opción No sé.

De esta manera obtenemos un número correcto de calificación individual (c). Utilizamos la siguiente formula:

$$R = C - \left(\frac{I}{F} \right)$$

R - Score del renglón (individual)

C - Número de respuestas correctas

I - Número de respuestas incorrectas (no incluye respuestas en blanco o con la opción No sé)

F - Factor de opción de respuesta. Si la opción de respuesta es 1 de 5 posibles elecciones, el factor sería 5-1=4 esto como posibilidad de error.

La evaluación global del cuestionario sobre conocimientos en educación sexual, sexualidad y sexo, así como para planificación familiar se realizó con la escala stanine que tiene una media de 5 y desviación estándar de 2. La escala stanine proporciona una escala de puntuación estándar de un solo dígito que es sencilla y fácil de usar y que reduce al mínimo la importancia manifiesta de pequeñas diferencias de puntuación.

Los resultados de stanine de 1, 2, ó 3 indican un funcionamiento por debajo del promedio. Los stanines de 4, 5 y 6 se consideran promedio, y los stanines de 7, 8 ó 9 se consideran arriba del promedio.

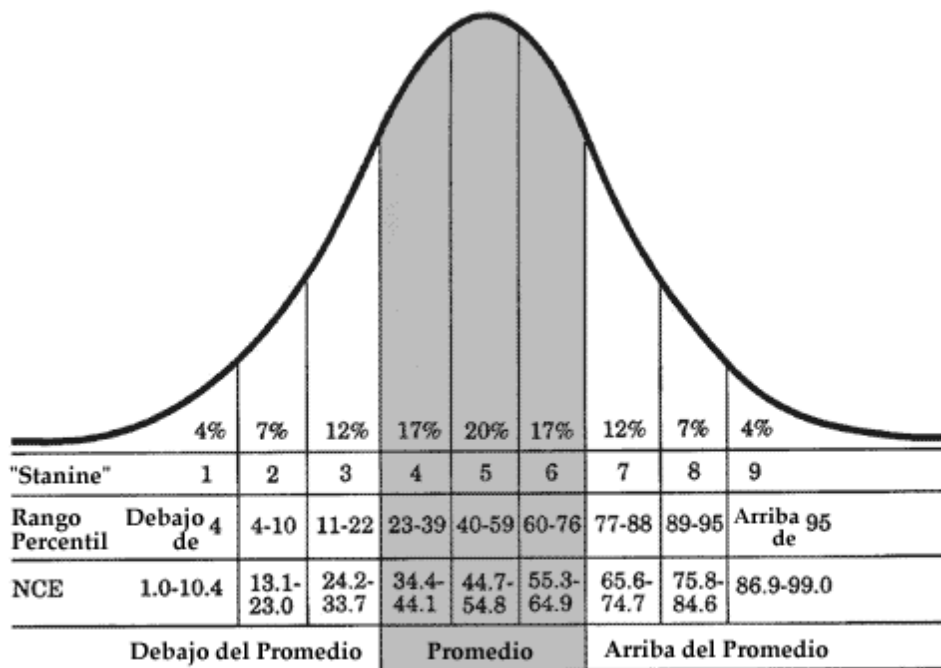
La distribución estándar normal es inmóvil, así mismo anotaciones y variables como: $STANINE = 2Z + 5$

Z Estándar de la calificación normal

El Stanine se distribuye normalmente con una media de 5 y una desviación estándar igual a 2.

Stanine	Percentil	Categoría
9	97-100	4% Muy superior
8	90-96	7% Superior
7	78-89	12% Abajo del superior
6	61-77	17% Ligeramente arriba de la media
5	40-60	20% En la media
4	23-39	17% Ligeramente inferior de la media
3	11-22	12% Abajo del inferior
2	4-10	7% Pobre
1	0-3	4% Muy pobre

Distribución Normal



Una Distribución Normal de "Statines", Rangos Percentiles, Equivalentes de la Curva Normal, y Clasificación del Desempeño

Consejería: Una vez aplicado el cuestionario sobre los conocimientos en la materia se hace mayor énfasis en aquel dominio desconocido por la paciente se procede a realizar la intervención en esa misma sesión con la siguiente temática: Derechos sexuales, valores y sexualidad, conceptos básicos en sexualidad, comunicación familiar y sexualidad, respuesta sexual humana y diversidad sexual, anatomía de los órganos sexuales femeninos y masculinos, diferencia entre sexo seguro y sexo protegido, vida erótica, infecciones de transmisión sexual, VIH, SIDA, embarazo parto y puerperio, embarazo en adolescentes, riesgo reproductivo, métodos de planificación familiar, mitos y realidades del uso de condón, uso correcto del condón, anticoncepción de emergencia (Anexo 5)

Para el desarrollo de la sesión, se proporcionó una serie de materiales de apoyo didáctico se reflexionó y discutió acerca de los temas mediante la participación de cada una de las pacientes se les otorgo información adicional por parte del investigador con la finalidad de lograr un conocimiento con fundamento científico, así como el tiempo necesario para la resolución de dudas o comentarios.(Anexo 6)

Aceptación de método de planificación familiar:

Al dar por terminada la consejería se prescribió un método de planificación familiar acorde a las evaluaciones previas, de manera que los pacientes aceptaran dicho método de planificación familiar firmando el consentimiento informado. (Anexo 7) culminando la intervención por parte del investigador al aplicar dicho método.

ANALISIS ESTADISTICO

Los datos se presentaron con estadística descriptiva en términos de media $\pm$, desviación estándar, para las variables cualitativas con frecuencia y su respectivo porcentaje.

La estadística inferencial se realizó con el estadístico no paramétrico Chi cuadrada, se consideró significancia estadística cuando el valor de $P < 0.05$.

El procesamiento de los datos se realizó con software estadístico para las ciencias sociales (SPSS ver.18).

CONSIDERACIONES ETICAS

El protocolo cumplió con los Lineamientos Internacionales en materia de Investigación estipulados en la Declaración de Helsinki y en la Norma Oficial Mexicana en Materia de Investigación Clínica. Fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación N° 1602, ubicado en el HGR N° 1 del IMSS en Morelia, Michoacán se registró con el número R-2012-1602-34 .Se solicitó consentimiento informado.

XII. RESULTADOS

La muestra fue de 80 Mujeres de 15 a 45 años de edad adscritas a la UMF No.80 de Morelia, Michoacán, que cumplieron con los criterios de selección. El promedio de edad fue 28.95 ± 6.37 años, (**Figura 1**).

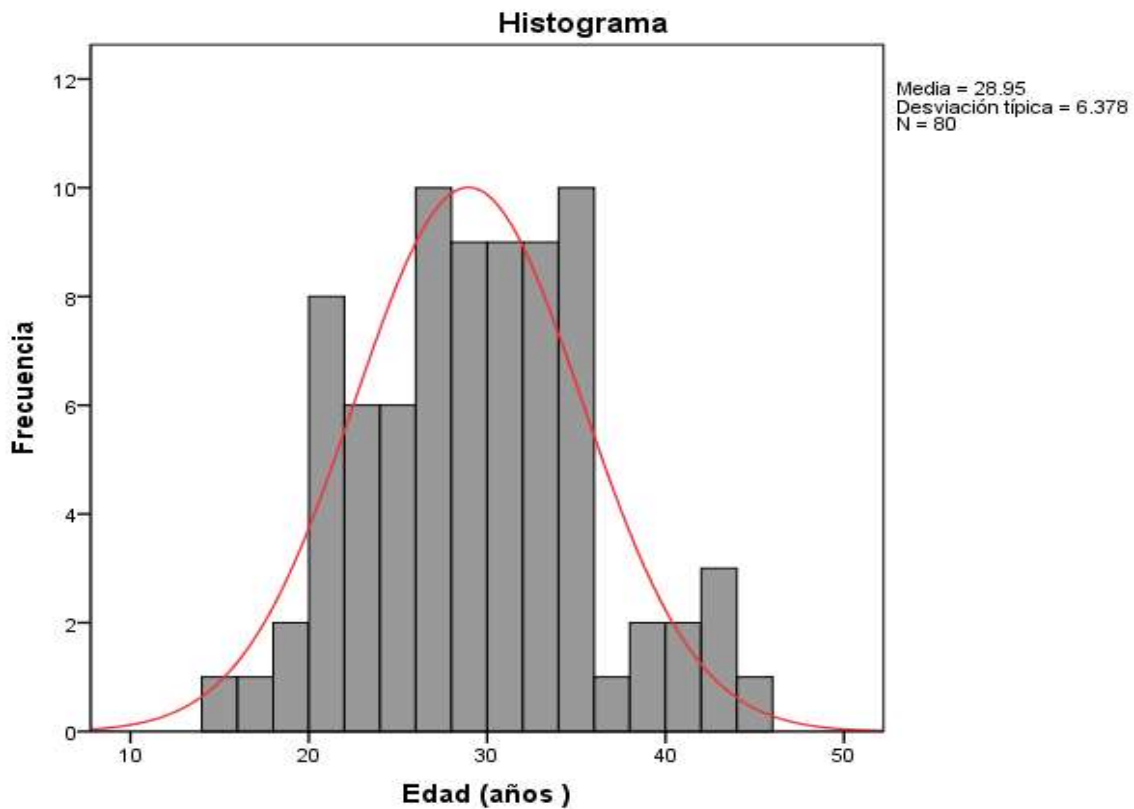


Figura 1. Distribución de frecuencia de edades.

La distribución porcentual de acuerdo al turno, donde observamos que hay un predominio de la muestra 42 pacientes que pertenecen al turno matutino (52.5%), 38 pacientes del turno vespertino (47.5%), con una mínima diferencia porcentual (Figura 2).

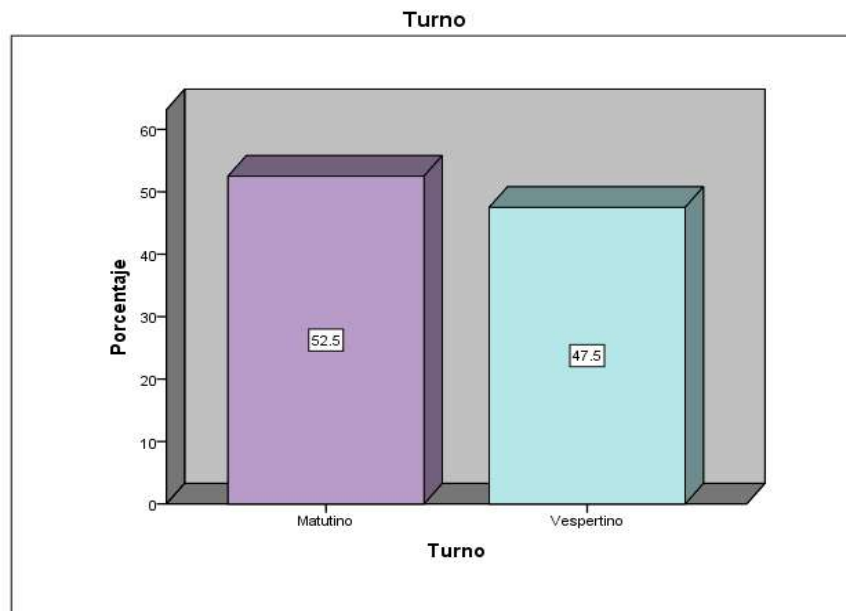


Figura 2. Porcentaje de adscripción a la UMF 80 por turno.

En cuanto al estado civil de la participantes predominaron las mujeres casadas 53 pacientes (66.25%), en unión libre 17 (21.25%), solteras 7 (8.75%), separadas 2 (2.50%), divorciadas 1(1.25%), (**Figura 3**).

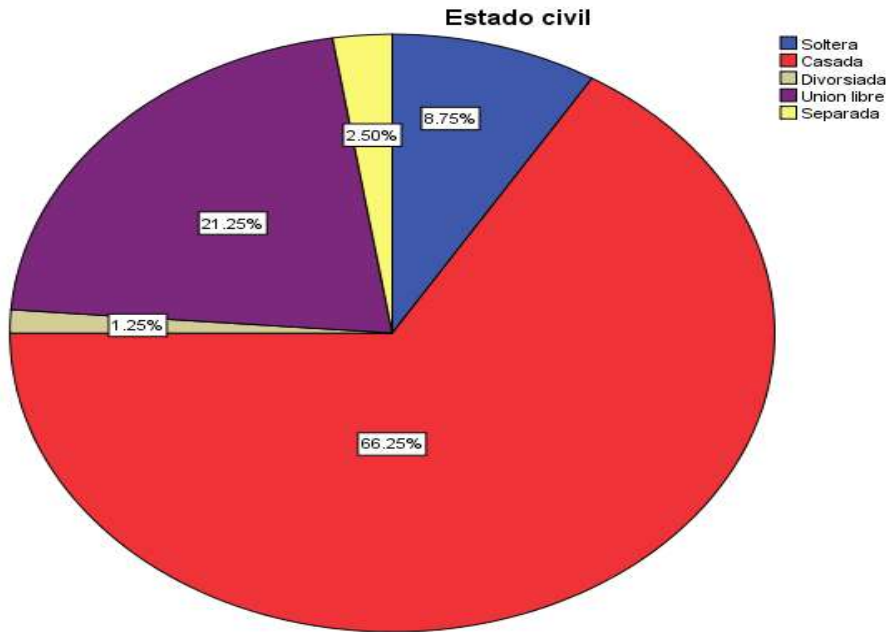


Figura 3. Estado civil.

En la ocupación destacan las mujeres que se encuentran empleadas 38 pacientes (47.5%), las pacientes dedicadas al hogar 37 pacientes (46.3%), desempleada 4 pacientes (5 %), estudiantes 1 (1.3%), (**Figura 4**).

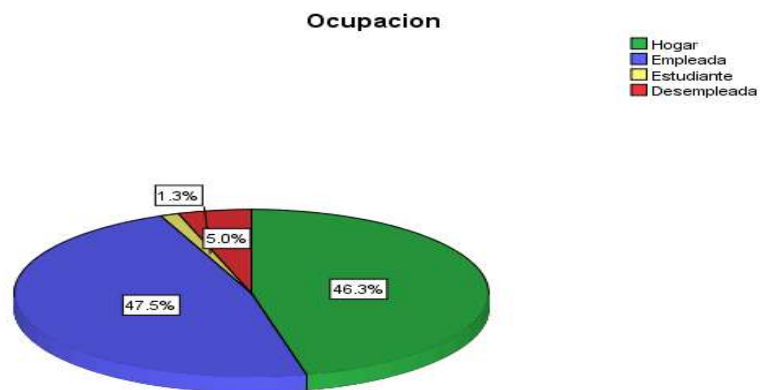


Figura 4. Ocupación.

De acuerdo la escolaridad de las pacientes donde encontramos que la mayoría tiene como nivel académico la licenciatura completa 19 pacientes (23.8%), en orden de frecuencia encontramos que en secundaria completa se encuentran 12 pacientes (15.0%), licenciatura incompleta 8 (10%), y con una minoría pacientes que tenían solo secundaria incompleta 6 pacientes (7.5%) el resto de los niveles académicos muestra una frecuencia de 7 pacientes (8.8%), (**Figura 5**).

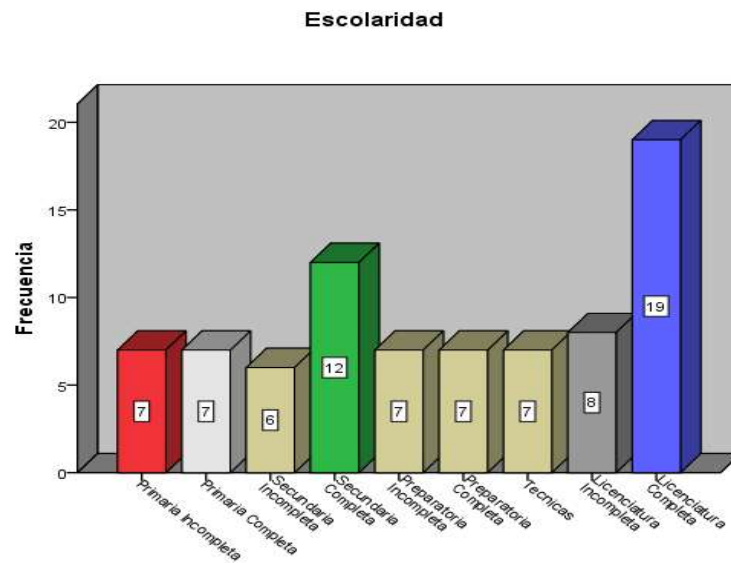


Figura 5 Escolaridad

En esta figura mostramos los grados de escolaridad en grupos, donde observamos con mayor claridad que predominan las pacientes con un nivel de escolaridad en licenciatura con un total de 27 pacientes (33.8%). Y con menor frecuencia las de nivel de escolaridad para técnicos con 7 pacientes (8.8), (Figura 6).



Figura 6. Escolaridad

El inicio de vida sexual activa con respecto a la edad fueron 18 pacientes de 16 años que representa (22.5%), 11 pacientes de 17 años (13.8%) ,10 pacientes de 18 años (12.5%), 7 pacientes de 20 años (8.8%), 6 pacientes de 15 años (7.5%), (Figura 7).

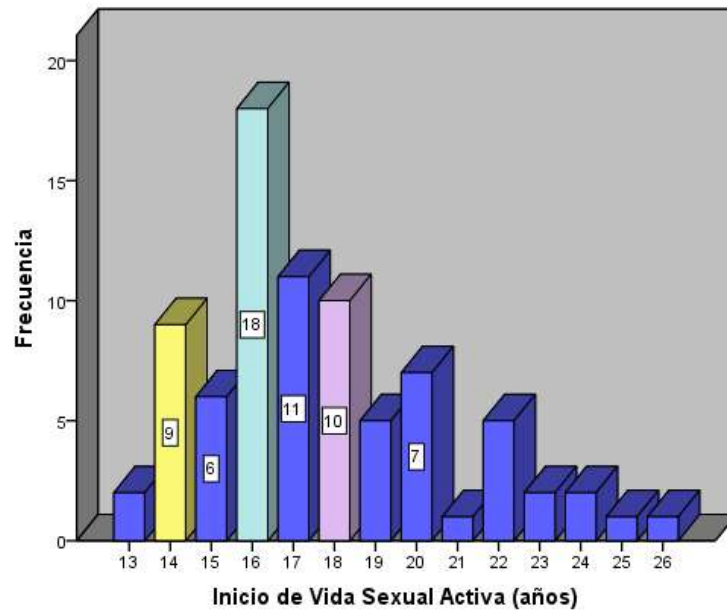


Figura 7. Frecuencia de inicio de vida sexual activa.

En relación al número de parejas sexuales en las pacientes donde encontramos que 35 pacientes (43.8%), refiere tener una pareja sexual, 30 pacientes (37.5%), dos parejas sexuales, 14 pacientes (17.5%), tres parejas sexuales, y solo 1 paciente (1.3%) con cuatro parejas sexuales, **(Figura 8)**.

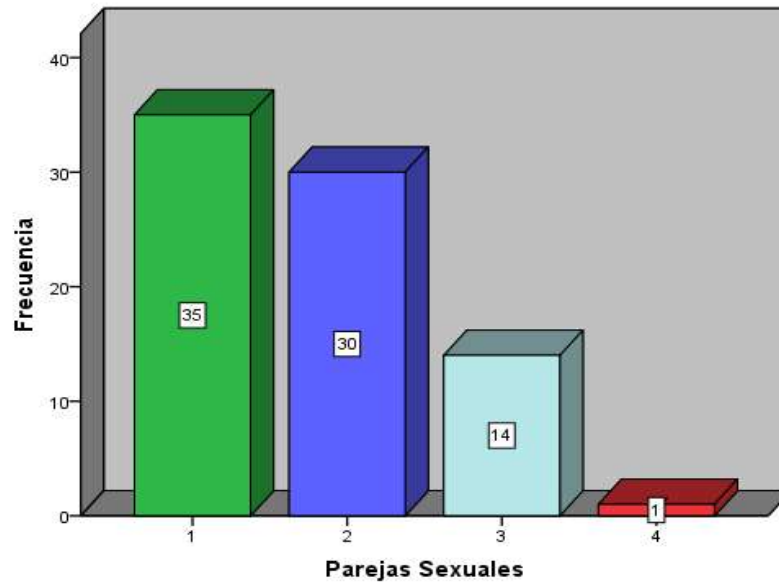


Figura 8. Número de parejas sexuales.

El número de gestas mostró que la distribución mayor la encontramos Gesta I representa 34 (42.5%), Gesta II 24(30%), Gesta III 15(18.8%), Gesta IV 4(5%). Gesta V 3 (3.8%), es importante destacar que el factor de riesgo reproductivo aumenta de acuerdo al número de gestas, es decir pacientes primigestas y gestas mayor o igual a 4 mayor probabilidad de incrementar su riesgo reproductivo, **(Figura 9)**.

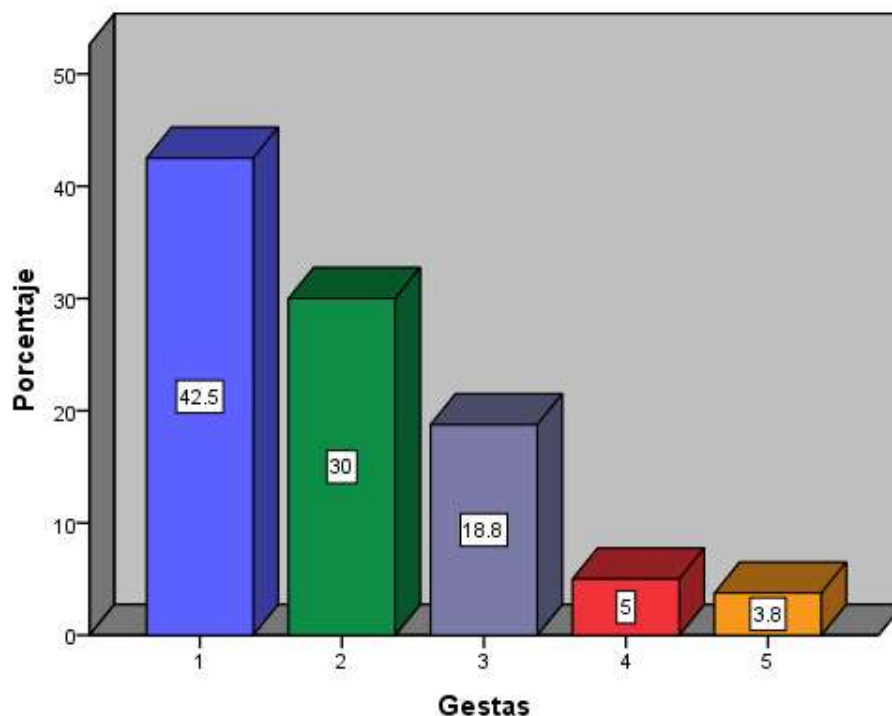


Figura 9. Número de gestas.

Al notar que el inicio de vida sexual activa en años en nuestras pacientes fue a muy temprana edad con una mayor incidencia a los 16 años (22.5%), con edades extremas del inicio de la actividad sexual que van desde los 13 años (2.5%), hasta los 26 años (1.4%). Dado este hecho se analizó si existía una relación directa al número de parejas sexuales de estas pacientes encontrando que la mayoría refiere tener solo una pareja sexual 35 pacientes (43.8%), y solo una paciente refiere haber tenido 4 parejas sexuales (1.3%). Sin encontrar una significancia estadísticamente significativa para este hecho, **(Cuadro I)**.

Cuadro I. Inicio de vida sexual activa relacionado al número de parejas sexuales.

Inicio de vida sexual Activa (años)	Número de Parejas sexuales				
	1	2	3	4	TOTAL
	(N=35) F (%)	(N=30) F (%)	(N=14) F (%)	(N=1) F (%)	(N=80) F (%)
13	1(1.3)	-	1(1.3)	-	2(2.5)
14	3(3.8)	4(5)	1(1.3)	1(1.3)	9(11.3)
15	2(2.5)	3(3.8)	1(1.3)	-	6(7.5)
16	4(5)	8(10)	6(7.5)	-	18(22.5)
17	5(6.3)	6(7.5)	-	-	11(13.8)
18	6(7.5)	3(3.8)	1(1.3)	-	10(12.5)
19	2(2.5)	2(2.5)	1(1.3)	-	5(6.3)
20	4(5)	2(2.5)	1(1.3)	-	7(8.8)
21	1(1.3)	-	-	-	1(1.3)
22	2(2.5)	1(1.3)	2(2.5)	-	5(6.3)
23	2(2.5)	-	-	-	2(2.5)
24	1(1.3)	1(1.3)	-	-	2(2.5)
25	1(1.3)	-	-	-	1(1.3)
26	1(1.3)	-	-	-	1(1.3)

* Cifra estadísticamente significativa ($P < 0.05$); F (%) = Frecuencia (porcentaje)

($\chi^2 = 28.598$, $gl = 39$, $Sig. = .890$).

El factor de riesgo reproductivo del total de la población fue mayor a 5, y se asoció al desenlace de evento obstétrico y al número de gestas, donde observamos que la gesta I representa 34 (42.5%) cesárea 1, 31(27.7). Encontrando significancia estadísticamente significativa (Sig.=.000*), **(Cuadro II)**.

Cuadro II. Muestra la relación del número total de gestas, con el desenlace de evento obstétrico como factor de riesgo reproductivo alto.

Gestas	Desenlace de evento obstétrico								
	1 Parto (N=11) F (%)	2 Partos (N=6) F (%)	3 Partos (N=2) F (%)	4 Partos (N=1) F (%)	1 Aborto (N=19) F (%)	2 Abortos (N=4) F (%)	1 Cesárea (N=48) F (%)	2 Cesárea (N=18) F (%)	3 Cesárea (N=3) F (%)
I	1(0.9)	-	-	-	2(1.8)	-	31(27.7)	-	-
II	5(4.5)	2(1.8)	-	-	5(4.5)	-	11(9.8)	11(9.8)	-
III	5(4.5)	2(1.8)	1(0.9)	-	10(8.9)	-	6(5.4)	7(6.3)	1(0.9)
IV	-	2(1.8)	1(0.9)	-	1(0.9)	2(1.8)	-	-	2(1.8)
V	-	-	-	1(0.9)	1(0.9)	2(1.8)	-	-	-

* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05); F (%) = Frecuencia (porcentaje)

(Chi²=147.909, gl=32, Sig.=.000*).

El antecedente de cesárea 1 es uno de los factores de riesgo para la muestra, en este cuadro observamos la relación de esta con los Antecedentes Personales patológicos y Antecedentes Gineco- Obstétricos, observando que los antecedentes personales que predominaron fue hipertensión arterial 4(8.3), y el tabaquismo 4(8.3), estos casos 2 (4.2) se asoció a preeclamsia-eclamsia, en los antecedentes gineco-obstetricos predominaron el antecedente de cirugía pélvica uterina 19(39.6), preeclamsia-eclamsia 10(20.8), **(Cuadro III).**

Cuadro III. Relación de Antecedentes Personales patológicos y Antecedentes Gineco-Obstetricos en pacientes con cesárea 1

Antecedentes Gineco- Obstétricos											
Antecedentes Personales Patológicos	Ninguno	Preeclamsia- Eclamsia	Enfermedad Trofoblástica gestacional	Poli- Hidramnios	Sangrado del 3er trimestre	Parto Prematuro	Peso bajo al nacer menos de 2,500 g	Malformaciones Congénitas	Macrosomia más de 4,000g	Cirugía Pélvico uterina	Total
	(N=3) F (%)	(N=10) F (%)	(N=1) F (%)	(N=2) F (%)	(N=5) F (%)	(N=1) F (%)	(N=4) F (%)	(N=1) F (%)	(N=2) F (%)	(N=19) F (%)	(N=48) F (%)
Ninguno	--	8(16.7)	1(2.1)	1(2.1)	5(10.4)	1(2.1)	3(6.3)	1(2.1)	-	18(37.5)	38(79.2)
Hipertensión Arterial	1(2.1)	2(4.2)	-	-	-	-	-	-	1(2.1)	-	4(8.3)
Epilepsia	1(2.1)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1(2.1)
Tabaquismo	-	-	-	1(2.1)	-	-	1(2.1)	-	1(2.1)	1(2.1)	4(8.3)
Híper o Hipotiroidismo	1(2.1)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1(2.1)

Cesárea= 1 * Cifra estadísticamente significativa ($P<0.05$); F (%) = Frecuencia (porcentaje)

($\text{Chi}^2=57.635$, $\text{gl}=36$, $\text{Sig.}=0.012^*$).

En el caso de las pacientes con cesárea 2, la mayoría no tenía ningún antecedente personal patológico 14(77.8) el resto de estos antecedentes fue Hipertensión arterial, asma bronquial, y tabaquismo, en cuanto a los antecedentes Gineco-Obstetricos se observa mayor incidencia en pacientes con antecedente de cirugía pélvica uterina 8(44.4%) y Preeclamsia- eclamsia 5(27.8%). Sin existir cifra estadísticamente significativa (Sig.=0.653), (**Cuadro IV**).

Cuadro IV. Relación de Antecedentes Personales patológicos y Antecedentes Gineco-Obstetricos en pacientes con cesárea 2.

Antecedentes Gineco- Obstétricos							
Antecedentes Personales Patológicos	Ninguno (N=1) F (%)	Preeclamsia-eclamsia (N=5) F (%)	Parto Pretermino (N=2) F (%)	Muerte fetal Tardía más de 28 semanas (N=1) F (%)	Macrosomia más de 4,000 g (N=1) F (%)	Cirugía Pélvica Uterina (N=8) F (%)	Total (N=18) F (%)
Ninguno	-	4(22.2)	2(11.1)	1(5.6)	1(5.6)	6(33.3)	14(77.8)
Hipertensión Arterial	1(5.6)	1(5.6)	-	-	-	-	2(11.1)
Asma bronquial	-	-	-	-	-	1(5.6)	1(5.6)
Tabaquismo	-	-	-	-	-	1(5.6)	1(5.6)

a. Cesárea= 2 * Cifra estadísticamente significativa ($P<0.05$); F (%) = Frecuencia (porcentaje)

($\chi^2=12.343$, gl=15, Sig.=0.653).

En las pacientes con cesárea 3, no existieron antecedentes personales patológicos, solo destacan antecedentes Gineco- obstétricos como sangrado del tercer trimestre 1(33.3) y antecedente de cirugía pélvico uterina 2(66.7%). No se realizó χ^2 ya que no existió ningún antecedente personal patológico en las pacientes, **(Cuadro V).**

Cuadro V. Muestra los antecedentes Gineco- Obstétricos asociados a cesárea 3.

Antecedentes Personales patológicos	Antecedentes Gineco-Obstetricos		
	Sangrado del 3er Trimestre (N=1)	Cirugía Pélvico Uterina (N=2)	Total (N=3)
	F (%)	F (%)	F (%)
Ninguno	1(33.3)	2(66.7)	3(100)

a. Cesárea= 3 * Cifra estadísticamente significativa ($P < 0.05$); F (%) = Frecuencia (porcentaje)

El cuestionario sobre conocimientos sobre salud sexual y reproductiva, educación sexual y métodos de planificación familiar realizado como prueba diagnóstica a la población en estudio por medio de ronda de expertos y análisis de confiabilidad con la formula KR 20 (Kuder Richardson 20 Coeficiente que

estima la confiabilidad de un instrumento) $KR20 = \frac{N}{N-1} * \frac{V - \sum_{i=1}^n PQ}{V}$, (Cuadro VI).

Cuadro VI. Confiabilidad de cuestionario KR20.

Dominio	Índice de confiabilidad
Cuestionario de conocimientos Educación Sexual Sexualidad y Sexo Planificación familiar	0.7023

:

El Stanine en el cuestionario de conocimientos sobre Educación sexual, sexualidad y sexo, planificación familiar, proporciona una escala de puntuación estándar de un solo dígito que reduzca al mínimo la importancia manifiesta de pequeñas diferencias de puntuación, se distribuye normalmente con una media de 5 y una desviación estándar igual a 2. $STANINE = 2Z + 5$. Ubicando de esta manera a las pacientes en cuanto al nivel de conocimientos sobre los temas antes mencionados la mayoría se encuentra con Statine Muy pobre 38 pacientes (47.5%), **(Cuadro VII)**.

Cuadro VII. Muestra la distribución del Statine.

Stanine	Categoría	(N=80) F (%)
9	Muy superior	-
8	Superior	-
7	Abajo del superior	-
6	Ligeramente arriba de la media	1(1.3)
5	En la media	2(2.5)
4	Ligeramente inferior de la media	10(12.5)
3	Abajo del inferior	13(16.3)
2	Pobre	16(20.0)
1	Muy pobre	38(47.5)

F (%) = Frecuencia (porcentaje)

Al analizar los tres dominios del cuestionario de conocimientos para precisar en cuál de estos existía mayor información respecto al tema encontramos que del total de reactivos para educación sexual (11) la $\bar{X}$ fue (4.5) aciertos con un R (0-9), para sexualidad y sexo (6) la $\bar{X}$ (3.6) aciertos con un R (1-6), para Planificación familiar) la $\bar{X}$ fue (7.6) aciertos con un R (1-12), lo que nos traduce que la mayoría de la población tiene conocimientos sobre planificación familiar, y nos falta enfatizar en el área de educación sexual ya que de acuerdo a los rangos que se manejan hay personas con cero aciertos en este dominio, **(Cuadro VIII)**.

Cuadro VIII. Medidas de tendencia central en los tres dominios del cuestionario de conocimientos.

Dominios	Número de reactivos	Media $\bar{X}$	Mediana $\tilde{X}$	Moda $\hat{X}$	Rango R
Educación Sexual	11	4.5	4	5	9(0-9)
Sexualidad y Sexo	6	3.6	4	3	5(1-6)
Planificación familiar	14	7.6	8	9	11(1-12)

Media $\bar{X}$, Mediana $\tilde{X}$, Moda $\hat{X}$, Rango R

El dominio del cuestionario de conocimientos sobre educación sexual tomando en cuenta en número de reactivos, observamos que la mayoría de las pacientes contestaron 5 reactivos 18(100%) observando que la escolaridad fue licenciatura 6(33.3), llama la atención que existieron personas que no contestaron cero en este dominio 3(100%) con escolaridad en preparatoria, técnicas, y licenciatura. No se encontró significancia estadísticamente significativa que nos relacione el grado escolar con el nivel de conocimientos para este dominio (Sig.=0.945, **(Cuadro IX)**).

Cuadro IX. Escolaridad asociada a conocimientos sobre educación sexual.

Educación Sexual No. Reactivos	Escolaridad					
	Primaria (N=14) F (%)	Secundaria (N=18) F (%)	Preparatoria (N=14) F (%)	Técnicas (N=7) F (%)	Licenciatura (N=27) F (%)	Total (N=80) F (%)
0	-	-	1(33.3)	1(33.3)	1(33.3)	3(100)
1	1(25.0)	1(25.0)	-	-	2(50)	4(100)
2	2(12.5)	7(43.8)	1(6.3)	1(6.3)	5(31.3)	16(100)
3	1(14.3)	1(14.3)	2(28.6)	1(14.3)	2(28.6)	7(100)
4	2(16.7)	2(16.7)	2(16.7)	1(8.3)	5(41.7)	12(100)
5	4(22.2)	3(16.7)	4(22.2)	1(5.6)	6(33.3)	18(100)
6	1(16.7)	2(33.3)	2(33.3)	-	1(16.7)	6(100)
7	1(14.3)	1(14.3)	2(28.6)	1(14.3)	2(28.6)	7(100)
8	-	1(33.3)	-	1(33.3)	1(33.3)	3(100)
9	2(50)	-	-	-	2(50)	4(100)

* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05); F (%) = Frecuencia (porcentaje)

(Chi²=23.563, gl=36, Sig.=0.945).

El dominio de sexualidad y sexo observamos que contestaron tres y cuatro reactivos las pacientes con escolaridad en licenciatura 8(57.1%), seguido de las que solo tienen secundaria 7(28%), y deficiencia de conocimientos en aquella con escolaridad preparatoria, y nivel técnico, sin que se encontrara significancia estadísticamente significativa para este dominio, **(Cuadro X)**.

Cuadro X. Escolaridad asociada a conocimientos sobre sexualidad y sexo.

Sexualidad y Sexo No. Reactivos	Escolaridad					
	Primaria (N=14) F (%)	Secundaria (N=18) F (%)	Preparatoria (N=14) F (%)	Técnicas (N=7) F (%)	Licenciatura (N=27) F (%)	Total (N=80) F (%)
1	-	-	1(50)		1(50)	2(100)
2	1(8.3)	5(41.7)	1(8.3)	1(8.3)	4(33.3)	12(100)
3	2(8.0)	7(28)	6(24)	2(8)	8(32)	25(100)
4	6(27.3)	5(22.7)	5(22.7)	2(9.1)	4(18.2)	22(100)
5	3(21.4)	1(7.1)	1(7.1)	1(7.1)	8(57.1)	14(100)
6	2(40)	-	-	1(20)	2(40)	5(100)

* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05); F (%) = Frecuencia (porcentaje)

(Chi²=19.836, gl=20, Sig.=0.468).

Observamos que los conocimientos sobre el dominio de planificación familiar en número de reactivos contestados correctamente fueron superiores a los otros dos, y las pacientes que contestaron la mayoría de reactivos son las de licenciatura, seguidas de las de secundaria, y al final se posicionaron las de nivel técnico, sin encontrar significancia estadísticamente significativa (Sig.=0.966), (**Cuadro XI**).

Cuadro XI. Escolaridad asociada a conocimientos sobre Planificación familiar.

Planificación Familiar No. Reactivos	Escolaridad					
	Primaria (N=14) F (%)	Secundaria (N=18) F (%)	Preparatoria (N=14) F (%)	Técnicas (N=7) F (%)	Licenciatura (N=27) F (%)	Total (N=80) F (%)
1	-	1(50)	1(50)	-	-	2(100)
3	-	1(100)	-	-	-	1(100)
4	1(33.3)	1(33.3)	-	-	1(33.3)	3(100)
5	1(12.5)	1(12.5)	1(12.5)	2(25)	3(37.5)	8(100)
6	2(20)	3(30)	1(10)	1(10)	3(30)	10(100)
7	3(25)	2(16.7)	4(33.3)	-	3(25)	12(100)
8	1(10)	1(10)	2(20)	2(20)	4(40)	10(100)
9	2(13.3)	4(26.7)	2(13.3)	1(6.7)	6(40)	15(100)
10	3(27.3)	2(18.2)	1(9.1)	1(9.1)	4(36.4)	11(100)
11	1(14.3)	2(28.6)	1(14.3)	-	3(42.9)	7(100)
12	-	-	1(100)	-	-	(100)

* Cifra estadísticamente significativa (P<0.05); F (%) = Frecuencia (porcentaje)

(Chi²=25.336, gl=40, Sig.=0.966).

La mayor frecuencia del MPFA fue el DIU T de cobre 34 (21.3%), cuando en realidad el método ideal era 44 (27.5%), encontrándose una diferencia de 10 pacientes que no aceptaron ese método propuesto. Otro método que condiciona diferencia es el OTB del cual se ofertó como ideal 23 (14.4%), y el aceptado solo fue en 2 (1.3%). Esto representa una variabilidad no natural con cifras estadísticamente significativas, **(Cuadro XII)**.

Cuadro XII. Frecuencia de métodos de planificación familiar el ideal y el aceptado.

MPF	Método	
	Ideal (N=80) F (%)	Aceptado (N=80) F (%)
Hormonales orales	-	6(3.8)
Hormonales Inyectables	1(0.6)	15(9.4)
Parches	1(0.6)	3(1.9)
Implante	10(6.3)	11(6.9)
DIU T Cobre	44(27.5)	34(21.3)
Dispositivo Mirena	1(0.6)	9(5.6)
OTB	23(14.4)	2(1.3)

* Cifra estadísticamente significativa ($P < 0.05$); F (%) = Frecuencia (porcentaje)

($\chi^2 = 45.909$, $gl = 7$, $Sig. = .000^*$).

La aceptación de métodos de planificación familiar fue mayor en pacientes con gestas 1 34 pacientes (43%), donde el método de planificación familiar más aceptado fue DIU T de cobre en 15 pacientes (18.8%) por otro lado las pacientes con gestas 5 ninguna aceptó OTB, y dos de estas aceptaron Hormonales inyectables, no se observó significancia estadísticamente significativa, (**Cuadro XIII**).

Cuadro XIII. Relación de métodos de planificación familiar aceptados de acuerdo al número de gestas.

Método de Planificación familiar Aceptado	Gestas					
	1	2	3	4	5	Total
	(N=34) F (%)	(N=24) F (%)	(N=15) F (%)	(N=3) F (%)	(N=3) F (%)	(N=80) F (%)
Hormonales orales	3(3.8)	1(1.3)	2(2.5)	-	-	6(7.5)
Hormonales Inyectables	5(6.3)	3(3.8)	5(6.3)	-	2(2.5)	15(18.8)
Parches	2(2.5)	-	1(1.3)	-	-	3(3.8)
Implante	6(7.6)	2(2.5)	2(2.5)	1(1.3)	-	11(13.8)
DIU T de Cobre	15(18.8)	13(16.3)	3(3.8)	3(3.8)		34(42.5)
DIU Mirena	3(3.8)	4(5.1)	1(1.3)	-	1(1.3)	9(11.4)
OTB	-	1(1.3)	1(1.3)	-	-	2(2.5)

* Cifra estadísticamente significativa ($P < 0.05$); F (%) = Frecuencia (porcentaje)

($\chi^2 = 22.161$, gl=24, Sig.=.570).

Los métodos de planificación familiar de alta tasa de continuidad recomendados como ideal el DIU T de cobre 44 pacientes (32.8%), fue aceptado por 34 pacientes (25.4%), sin embargo la OTB como método de planificación familiar fue ofertado para 23 pacientes (17.2%) y solo fue aceptado en 2 pacientes (1.5%), con una deficiencia de cobertura para este último, sin embargo en su totalidad los métodos de planificación familiar señalados como ideal 78(58.2%), y los aceptados 56(41.8%), mostraron significancia estadísticamente significativa (Cuadro XIII).

Cuadro IVX. Métodos de planificación familiar aceptados de alta tasa de continuidad.

MPF	Método	
	Ideal (N=78) F (%)	Aceptado (N=56) F (%)
Implante	10(7.5)	11(8.2)
DIU T Cobre	44(32.8)	34(25.4)
Dispositivo Mirena	1(0.7)	9(6.7)
OTB	23(17.2)	2(1.5)

* Cifra estadísticamente significativa ($P < 0.05$); F (%) = Frecuencia (porcentaje)

($\chi^2 = 22.360$, gl=3, Sig.=.000*).

XIII. DISCUSION.

La consejería en planificación familiar con enfoque integral en el primer nivel de atención juega un papel muy importante y fundamental dentro del margen operativo para la promoción de la salud con base a enfoque de riesgo que nos permite tener un contacto directo e integral con los pacientes, esto aplicado a la promoción de métodos de planificación familiar como un medio que permita disminuir los riesgos en las mujeres en edad fértil, y de esta manera lograr un mejor desarrollo, como lo refiere Rosales Enrique y Cols, el impacto de la cobertura de métodos de planificación familiar radica en el control de la natalidad, mejora la salud materno infantil, y así un mejor desarrollo económico al realizar un estudio descriptivo, transversal sobre la consejería a mujeres embarazadas.³¹ Leal Fuentes, coincide con nosotros al decir que la consejería es una herramienta de promoción para la salud³². En nuestro estudio al realizar consejería dirigida a mujeres de 15 a 45 años y evaluar su impacto sobre los métodos de planificación familiar solo logramos aumentar la cobertura pero impactamos de manera favorable en aumentar la aceptación de métodos de planificación familiar ideal acorde al factor de riesgo reproductivo alto de las pacientes, sin embargo al aumentar la cobertura del total de nuestra muestra contribuimos a disminuir los riesgos potenciales a los que se pueden enfrentar estas mujeres, tal vez un determinante en esto fue el factor tiempo, como lo describe Otto E. Mora-Salazar al no obtener resultados satisfactorios al realizar consejería en pacientes adolescentes por condiciones como inasistencia de los participantes³³, en nuestro caso una sola consulta con este enfoque creo no fue suficientemente convincente. Sin embargo si analizamos estos estudios estamos hablando de poblaciones y muestra que difieren en mucho a la población estudiada en este trabajo, ya que no estamos hablando de condiciones sociodemográficas, culturales, religiosas iguales.

Como ya lo mencionamos la consejería en áreas de la salud va más allá de ofertar métodos de planificación familiar tiene como fundamento la comunicación entre el prestador de servicios y el usuario potencial, en este estudio analizamos los factores de riesgo alto en mujeres en edad reproductiva que fuesen condiciones importantes y que limitaran la aceptación de algún método de planificación familiar encontrado que el inicio de vida sexual activa es mayor en proporción en mujeres menores de edad variable que difiere en un estudio realizado por Marvelis Mercedes y cols, realizado en 2011 donde el inicio de vida sexual activa se ubicó entre los 21 y 30 años ³⁴, tanto en nuestro estudio como en este último no existió una relación significativa en el inicio de vida sexual activa con el número de parejas sexuales y tampoco se asoció al número de gestas, destacaron que la mayoría de estas pacientes son laboralmente activas y que se encuentran con una preparación escolar como la licenciatura, condición que nos pudiera hacer pensar que saben sus factores de riesgo reproductivo, cosa que descartamos, ya que ignoran que el ser primigestas o tener más de 4 hijos, así como el antecedente de cesáreas, aunado a preeclamsia-eclamsia y enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, el asma, el tabaquismo son motivos que incrementan este factor de riesgo como lo refiere Marvelis Mercedes y cols, ³⁴. Todas las pacientes incluidas en este estudio fueron de alto riesgo reproductivo, dicho factor estuvo determinado por ser gesta I y que el desenlace obstétrico fuera cesáreas con cifras estadísticamente significativas, en cuanto a la asociación de las cesáreas con los antecedentes predominio la cesárea como cirugía pélvica uterina, preeclamsia- eclamsia, la hipertensión arterial, y el tabaquismo con cifras significativas cosa que difiere con Estrada Nelson y Cols ³⁵, donde la mayoría de su muestra fueron mujeres con alto factor de riesgo pero la causa fueron las malformaciones congénitas asociado a las mujeres jóvenes, Verona de la Peña y cols ³⁶, encontró que el factor de riesgo está asociado en las adolescentes a los antecedentes genéticos.

No hay mucha evidencia en nuestro país sobre la valoración de riesgo reproductivo, se ha enfatizado en abordar temas relacionados al factor de riesgo obstétrico encaminado a disminuir la mortalidad materna e infantil Velez-perez y cols ³⁷.

De esta manera queda la inquietud de analizar a fondo cada uno de los aspectos de la consejería en salud sobre todo enfocada a la oferta de métodos de planificación familiar abordando temas de orientación educativa como sexualidad, sexo, que están íntimamente relacionados a una actividad sexual por ende a un factor de riesgo. Rodríguez Cabrera- Sanabria ³⁸, crearon una estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva a jóvenes adolescentes encontraron deficiencia en la educación sexual, baja percepción del riesgo de embarazo, o de contraer enfermedades de transmisión sexual, en tener varias parejas sexuales, nosotros demostramos a través de un cuestionario diagnóstico de conocimientos sobre temas como educación sexual, sexualidad y sexo, métodos de planificación familiar aplicado a las pacientes de la UMF 80 encontrando en cuestiones generales que la mayoría de la población tiene conocimientos muy bajos en la temática antes mencionada calificación que se determinó mediante Stanine, escala poco utilizada en estudios de este tipo.

Si analizamos a mayor detalle nuestra población es de notar que carece de conocimientos sobre educación sexual, sexualidad y sexo, pero conoce más sobre métodos de planificación familiar. Ayala Castellanos- Vizmanos , y cols³⁹ aplicaron un cuestionario sobre salud sexual donde más del 80% de estos conocían un método de planificación familiar, pero ignoraban las indicaciones y contraindicaciones, no podemos afirmar que nuestras pacientes estén en las mismas condiciones pero si ratificar que de igual manera alguna vez estas pacientes han escuchado algo referente a los distintos métodos de planificación sin que esto sea un sustento científico, esto puede ser uno de los factores que impida la aceptación de algunos método de planificación familiar.

Podríamos decir que como consejeros tenemos que impactar de manera favorable en la aceptación, seguimiento y continuidad de los diferentes métodos de planificación familiar siempre y cuando individualicemos a cada paciente, y otorguemos una atención con calidad y calidez.

Bien lo dice Leyva Correa- García Leyva y Col ⁴⁰, la sexualidad juega un papel importante en la vida futura e influye en una vida familiar plena, entonces como médicos familiares adoptemos conductas medico preventivas como la promoción de metodología de planificación familiar como lo hicimos en este trabajo, ya que al aplicar toda la normativa vigente en cuanto la consejería logramos una cobertura significativa en pacientes con factores de alto riesgo reproductivo, enfatizando en aquellos métodos de planificación familiar denominados de alta tasa de continuidad como el implante subdermico, el dispositivo Mirena el DIU T de cobre y la promoción de la OTB, pese a lo antes mencionado fueron pocas las pacientes que aceptaron algún método definitivo como la OTB, ya que de las pacientes que eran candidatas a este método por factor de riesgo alto solo aceptaron 2, sin embargo logramos una cobertura importante en DIU T de cobre, en estudios realizados sobre las posibles causas de este problema destaca Estrada-Hernández ⁴¹, al referir que el hombre es un factor determinante en las decisiones de la mujer.

Este trabajo es una iniciativa en la UMF 80, ya que la consejería en planificación familiar es parte importante del proceso salud enfermedad de los individuos, no logramos el objetivo principal de este trabajo sin embargo aumentados la cobertura.

XIV. CONCLUSIONES.

1.- El impacto de consejería en planificación familiar en mujeres adscritas a la UMF 80, de 15 a 45 años de edad, con riesgo reproductivo alto para la aceptación de métodos de planificación familiar fue del cien por ciento, ya todas las mujeres aceptaron algún método de planificación familiar, pero en la mayoría de los casos no acorde al riesgo reproductivo.

2.- El nivel de conocimientos sobre temas relacionados a salud sexual y reproductiva así como de los métodos de planificación familiar, encontramos que la mayoría de la población tiene conocimientos sobre planificación familiar, y nos falta enfatizar en el área de educación sexual, y sexualidad y sexo.

3.- No se logró la aceptación de métodos de planificación familiar de alta tasa de continuidad como el DIU T de cobre, el implante y el DIU Mirena, en la población de alto riesgo acorde al riesgo reproductivo.

XV. SUGERENCIAS.

La consejería en métodos de planificación familiar se debe realizar en el posparto inmediato para aumentar el impacto.

En la UMF 80 Propongo acondicionar un consultorio en el módulo de planificación familiar, atendido por un médico experto que brinde todas las condiciones necesarias para la consejería.

Para aumentar la aceptabilidad de métodos de planificación familiar realizar difusión del módulo así como pequeñas jornadas médicas específicas para estos temas.

Valorar riesgo reproductivo en las mujeres en edad fértil que acudan a la consulta.

XVI. REFERENCIAS.

- 1.- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Conferencia Internacional de Población y Desarrollo. Población y desarrollo: Un compromiso universal. Programa de Acción. Lima Perú: 1997.
- 2.- Ministerio de Salud y Medio Ambiente. Boletín epidemiológico semanal de patologías de vigilancia intensificada. Argentina. 2002; 52.
- 3.- Villar J y cols. Salud Reproductiva Basada en la Evidencia en los países en desarrollo. Biblioteca de Salud Reproductiva. OMS, Geneva, Suiza: 2005.
- 4.- Secretaria de Salud. Manual de salud reproductiva. México DF: 2004.
- 5.- Consejo Nacional de Población (CONAPO). La situación demográfica de México. 1ra ed. México: Trillas; 2000.
- 6.- Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar 1994. Diario oficial de la federación 1994.
- 7.- Academia Mexicana de Investigación en Demografía Médica. Planificación Familiar y Riesgo Reproductivo. Vol 2. 18 a ed. México.: Aniden; 2006.
- 8.- Dirección General de Difusión. Sistema de indicadores para seguimiento de la situación de la Mujer en México (SISESIM). Instituto nacional de estadística geográfica e informática (INEGI) 2006.

9.- Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía técnica del programa de salud de la mujer. México: coordinación General de Comunicación Social del Instituto Mexicano del seguro Social; 2006.

10.-Secretaria de Salud. Programas prioritarios en prevención y protección de la salud. Programa salud reproductiva 2001-2006.

11.- Cardona, J.A, Ruiz, R.A, Ávila, R.E. La Salud Reproductiva en la Seguridad Social. Un enfoque integral ante la reforma del Sector Salud en México. México; 1996:9-19.

12.- Sánchez -Fernández R. Educación para la Salud. En: Marco teórico y metodológico. Vol 1. Ed.Corinter. México DF; 2008: 487-497.

13.- Freire P, Gadotti M, Gómez M,Mafra J, Alencar A. Contribuciones para la Pedagogía. En: Por una Pedagogía Participativa. Ed. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales; 2008: 75-82.

14.- Mario-Kaplún. Una pedagogía de la comunicación. En: Educación y modelos de comunicación. Ed de la Torre1998;15-47

15- Leal FA, González AE, Molina GT. Consejería para el uso del condón basada en etapas del cambio en un centro de atención a adolescentes. Cuad Med Soc. 2011; 51(1):29-35.

16.-Secretaria de Salud. Programas prioritarios en prevención y protección de la salud. Programa salud reproductiva 2001-2006.

- 17.- Hernández–Aceves CC, Canales Muñoz JL, Cabrera-Ivaral C, Grey-Santacruz C. Efectos de la consejería nutricional en la reducción de la obesidad. Rev Med IMSS. 2003; 41(5): 429-435.
- 18.- Muñoz-Enciso JM, Rósales -Aujang E, Domínguez –Ponce G, Serrano -Díaz CL. Operación cesárea: ¿ Indicación justificante o preocupación justificada?. Ginecol Obstet Mex.2011; 79 (2): 67-74.
- 19.- Rosales-Aujang E, Felguerez-Flores JA. Influencia de la operación cesárea en la planificación familiar. Ginecol Obstet Mex. 2009; 77(12): 562-566.
- 20- González- Reyes Y, Salgado- Fonseca AE, Rodríguez- Casas J. Intervención educativa acerca del riesgo preconcepcional en adolescentes de la ESBU Nguyen Van Troit del municipio de morón. MEDICIEGO.2010; 16(2): 1- 8.
- 21.- Manzano- Espejo G. Incidencia o factores asociados a cesárea iterativa en adolescentes: Hospital nacional Sergio E. Bernales, 2005-2009. Revista horizonte Medico. 2011; 11(2): 75- 79.
- 22.- Trejo-Lucero H, Torres-Pérez J, Temahuaya-Frances I. Embarazo en las adolescentes y su concepto semántico de amor, sexo y embarazo. Revista Mexicana de Pediatría. 2012; 79 (3): 119-123.
- 23.- Díaz- Curbelo A, Aliño-Santiago M, Velazco-Voza A, Rodríguez - Cárdenas A, Rodríguez -Tahuile V. Sexualidad y Reproducción en adolescentes. 2008. 72(2): 1-16.

- 24.- De María LM, Galarraga O, Campero L, Walker DM. Educación sobre la sexualidad y prevención del VIH: Un diagnóstico para América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Pública. 2009; 26(6): 485-493.
- 25.- Doblado-Donis N, De la Rosa -Bautista I, Pérez- Rodríguez E, Jiménez-Sánchez CJ, González G. Estrategia de intervención educativa para elevar el conocimiento sobre algunos aspectos de la sexualidad en estudiantes. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2009; 35(4): 191-204.
- 26.- Katz G, Lazcano-Ponce E. Sexuality in subjects with intellectual disability: an educational intervention proposal for parents and counselors in developing countries. Salud Publica de México. 2008; 50(2): 239- 254.
- 27.- Soto- Martínez O, Franco-Bonal A, Franco-Bonal A, Silva-Valido J, Velázquez -Zúñiga GA. Embarazo en la adolescencia y conocimientos sobre sexualidad. 2003: 1-10.
- 28.- Mendoza LA, Arias GM, Pedroza PM, Micolta MP, Ramírez CA, Caceres GC, López SD, Núñez GA, Acuña PM. Actividad sexual en adolescencia temprana: problema de salud pública en una ciudad colombiana. Rev Chil Obstet Ginecol. 2012; 77(4): 271-279.
- 29.- Domínguez -Domínguez I. Influencia de la familia en la sexualidad adolescente. Revist cubana de Obstetricia y Ginecología. 2011; 37(3): 387-398.
- 30.-IMSS. Lineamiento Técnico Médico para el uso de la metodología anticonceptiva. Coordinación de Salud Reproductiva 2006.

- 31.-Solís-Flores L, Hernández-Rosas JA, Quintero-Estudillo P, Pérez-Garmendia JL, Cortez-Poza D, López-Alvarenga JC. La consejería personalizada dirigida a mujeres embarazadas disminuye el riesgo de complicaciones secundarias a hipertensión. *Rev Med Hosp Gen Mex.* 2009; 72(4): 200-206.
- 32.-Leal-Fuentes I. Consejería en salud sexual y reproductiva dirigida a adolescentes. *Cuad Med Soc.* 2008; 48(2): 134-139.
- 33.-Mora-Salazar OE, Palominos-Vargas JD, Velásquez-Ruiz CM, Gómez-Pomar EM, Castillo-Schilden RM, Soto-Arquiñiga LS. Evaluación de la consejería pretes para VIH en un Hospital Nacional de Lima-Peru. *Rev Salud pública.* 2009; 11(4): 559-567.
- 34.-Mainegra-Reyez MM, Pérez-Ramos N, Cruz-Aguilar TM, Betancourt-Concepción O. Riesgo reproductivo preconcepcional Policlínica Docente Miguel Montesinos Rodríguez. *Gaseta Med Espirituana.* 2011; 13(2): 1-5.
- 35.-Estrada- Nelson M, Agueida- Carbonell LS, Galván-Noa T. Epidemiología del riesgo reproductivo preconcepcional de causa genética. *MEDICIEGO.* 2011; 17(2): 1-7.
- 36.-Verona de la Peña F, Hecheverria-Rodríguez N, Orive-Rodríguez N. Pesquisa de los riesgos preconcepcional y prenatal. *Rev Cubana de Obstetricia-Ginecología.* 2010; 36(4): 565-572.
- 37.-Vélez-Pérez E, Tovar-Guzmán VJ, Méndez-Velarde F, López-López CR, Ruiz-Bustos E. Factores de Riesgo de la operación cesárea en el Hospital de Gineco-Pediatría del IMSS de Hermosillo Sonora. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son.* 2013; 30(1): 16-23.

38.-Rodríguez-Cabrera A, Sanabria-Ramos G, Conteras-Paul E, Perdomo-Cáceres B. Estrategia educativa sobre promoción en Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios. Rev Cubana de salud pública. 2013; 39(1): 161-174.

39.-Ayala-Castellanos MM, Vizmanos-Lamotte B, Portillo-Dávalos RA. Salud Sexual y Reproductiva en adolescentes de escuela secundaria en Guadalajara México. Ginecol Obstet Mex. 2011; 79(2): 86-92.

40.-Leyva-Correa M, García- Leyva L, Castillo-Rojas L, Sol-Charles A, Noda-Morell D. Caracterización de adolescentes y padres según conocimientos sobre sexualidad. MEDICIEGO. 2010; 16(1): 1-8.

41.-Estrada F, Hernández-Giron C, Walker D, Campero L, Hernández-Prado B, Maternowska C. Uso de servicios de planificación familiar de la secretaria de salud, poder de decisión de la mujer y apoyo de la pareja. Salud pública de México. 2008; 50(6): 472-481.

42.-Gómez-Sánchez I, Pardo y Cols. Percepciones del uso de anticonceptivos en Bogotá (Colombia) 2009 Estudio cualitativo. Rev Colomb Ginecol. 2010; 61(1): 34-

XVII. ANEXOS

Anexo Contenido

1.	Carta de consentimiento informado
2.	Formato MF5-2000 IMSS Vigilancia prenatal, riesgo reproductivo, y riesgo obstétrico.
3.	Ficha de recolección de datos
4.	Cuestionario de conocimientos sobre educación sexual, sexualidad y sexo, métodos de planificación familiar de la UMF 80.
5.	Programa de consejería para UMF 80.
6.	Carta descriptiva.
7.	Consentimiento informado sobre métodos de planificación familiar IMSS.

ANEXO 1.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Lugar y Fecha: _____

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:
Impacto de consejería en planificación familiar a mujeres 15 a 45 años con riesgo reproductivo alto.

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número:

El objetivo del estudio es: Determinar el impacto de consejería en mujeres de 15 a 45 años con riesgo reproductivo alto de la UMF 80.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: proporcionar información personal, sobre salud reproductiva y sexual.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: será solo intervención sin riesgos para la salud e integridad del paciente.

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable.

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio: _____

Testigos _____

Clave: 2810 – 009 – 013

ANEXO 2

FORMATO MF-5 2000.

MF-5/2000



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS

VIGILANCIA PRENATAL
RIESGO REPRODUCTIVO Y RIESGO OBSTETRICO

NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL		AGREGADO	
NOMBRE DEL PACIENTE			
PATERNO		MATERNO	
CURP			
UNIDAD DE ADSCRIPCION			
No. CONSULTORIO		TURNO	

1. EDAD (EN AÑOS) 20 A 29 0 15 A 19 1 30 A 34 1 MENOS DE 15 ó MAS DE 34 4 2. PESO HABITUAL (KILOS) 50 ó MAS 0 MENOS DE 50 1 3. TALLA (CENTIMETROS) 150 ó MAS 0 MENOS DE 150 1 4. ESCOLARIDAD MATERNA SECUNDARIA ó MAS 0 PRIMARIA ó MENOS 5 5. F.U.M. DIA MES AÑO 6. F.P.P. DIA MES AÑO VIDA SEXUAL ACTIVA SI NO NUMERO DE HIJOS VIVOS	7. GESTA 2 A 4 0 PRIMIGESTA 1 MAS DE 4 4 8. PARA 9. ABORTOS 0 A 1 0 2 2 3 ó MAS 4 10. CESAREA No SI 4 11. INTERVALO ENTRE EL ULTIMO PARTO Y EL EMBARAZO ACTUAL 25 A 60 MESES 0 MENOS DE 25 MESES 5 MAS DE 60 MESES 5 EL ULTIMO EMBARAZO: ¿FUE DE TERMINO? SI NO ABORTO ¿EL PARTO FUE NORMAL? SI NO CESAREA ¿HUBO MORTALIDAD PERINATAL? SI NO	12. ANTECEDENTES OBSTETRICOS NINGUNO 0 PREECLAMPSIA - ECLAMPSIA 4 POLIHDRAMNIO 4 SANGRADO 3er. TRIMESTRE 4 PARTO PRE - TERMINO 4 BAJO PESO AL NACER MENOS DE 2,500 g. 4 MALFORMACION CONGENITA 4 MUERTE FETAL TARDIA 4 MACROSOMIA MAS DE 4,000 g. 4 CIRUGIA PELVICO UTERINA 4 OTROS 13. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS NINGUNO 0 HIPERTENSION ARTERIAL 4 DIABETES MELLITUS 4 CARDIOPATIA 4 OTRA ENFERMEDAD CRONICA Y/O SISTEMICA GRAVE 4 TABAQUISMO: NEGATIVO ó MENOS DE 10 CIGARROS 0 10 ó MAS CIGARROS 1 ALCOHOLISMO SI NO OTRA TOXICOMANIA	VALORACION RIESGO REPRODUCTIVO: FECHA DE LA VALORACION: DIA MES AÑO
---	--	--	--

	FECHA CONSULTA PRENATAL			SEMANAS DE GESTACION	PESO (KILOS)	T.A. SISTOLICA Y DIASTOLICA	T.A. MEDIA	EDEMA	A.F.U.	SIND. VASCULO ESPASMODICO	FRECUENCIA CARDIACA FETAL
	DIA	MES	AÑO								
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											

Mayor = 4 ó Menor = 4 Más de 140 = 4 / Más de 90 = 4 105 ó más = 4 ++ ó más = 4 Mayor = 4 ó Menor = 4 Presente = 4 Menos 120 = 4 Más de 150 = 4

320 001 6461 01 ANV. SYNISA 394 33 00

ANEXO 3**FICHA DE RECOLECCION DE DATOS****I.-FICHA DE IDENTIFICACION**

- 1.-Nombre de la paciente _____
- 2.-Numero de seguridad social _____
- 3.-Unidad de adscripción _____
- 4.-Numero de consultorio _____ turno _____
- 5.-Edad (En años) _____ Estado civil _____ Ocupación _____
- 20 a 28 = **0**
 - 15 a 19 = **1**
 - 30 a 34 = **1**
 - Menos de 15 y más 34 = **4**
- 6.-Escolaridad _____
- Secundaria o más = **0**
 - Primaria o menos = **0.5**
- 7.- Peso (kilos) _____
- 50 o más = **0**
 - Menos de 50 = **1**
- 8.- Talla (Centímetros)
- 150 o más = **0**
 - Menos de 150 = **1**
 - IMC:

II.- ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

ANTECEDENTES	P	ANTECEDENTES	P
NINGUNO	0	Cáncer cervico uterino	4
Hipertensión arterial	4	Epilepsia	4
Diabetes Mellitus	4	Asma bronquial	4
Cardiopatías	4	Deficiencia mental	4
Híper o Hipotiroidismo	4	VIH/SIDA	4
Nefropatías	4	RH negativo	4
Enfermedades hematológicas	4	Tabaquismo	4
Colagenopatias	4	Alcoholismo	4
Enfermedades tromboembolica	4	Drogas	4
Neuropatías	4	Hepatopatias	4

III.- ANTECEDENTES OBSTETRICOS

1.-FUR _____ Inicio de vida sexual activa _____

No. de parejas sexuales _____

2.-Gestas _____

- 2 A 4 = 0
- PRIMIGESTA= 1
- Más de 4 = 4

3.-Partos _____

4.- Abortos _____

- 0 a 1 = 0
- 2 = 2
- 3 o más= 4

5.- Cesáreas _____

- No=0
- Si= 4

6.- Periodo intergenesico _____

- 25 a 60 meses = 0
- Menos de 25 meses = 0.5

ANTECEDENTES	P	ANTECEDENTES	P
NINGUNO	0	Macrosomia (más de 4000g)	4
Preeclamsia- eclampsia	4	Malformaciones congénitas	4
Enfermedad trofoblastica gestacional	4	Sangrado del tercer trimestre	4
Óbito fetal	4	Polihidramnios	4
Bajo peso al nacer (menos de 2500gr)	4	Cirugía pélvico uterina	4
Prematurez	4	Embarazo ectópico	4

IV.- VALORACION DE RIESGO REPRODUCTIVO

1.-ALTO _____ PUNTUACION _____

2.- Método de planificación familiar ideal: _____

V.-METODO DE PLANIFICACION ACEPTADO

MÉTODOS TEMPORALES		MÉTODOS PERMANENTES	
Hormonales orales.		a) Oclusión tubaria bilateral.	
Hormonales inyectables.		b) Vasectomía.	
Hormonales subdérmicos.			
Parches			
Dispositivos intrauterinos T cobre y/o Mirena			
Condón masculino y femenino.			
Métodos de barrera y espermicidas.			
Métodos tradicionales, naturales o de abstinencia periódica			

ANEXO 4 CUESTIONARIO

Conocimientos sobre educación sexual, sexualidad, y métodos de planificación familiar de la UMF 80

PREGUNTA	CIERTO	FALSO	NO SE
1. ¿Cuando decimos que los hombres son por naturaleza diferentes a las mujeres nos referimos a la sexualidad?			
2. ¿Definir correctamente sexo implica referirse a las características genitales que dividen a la especie en machos y hembras?			
3. ¿La menarquia, es la primera menstruación en la mujer?			
4. ¿La homosexualidad es considerada una enfermedad?			
5. ¿La Ovulación solo ocurre una vez por mes, y cuando el ovulo no es fecundado se deshecha a través de la menstruación?			
6. ¿Los órganos sexuales externos femeninos son: Monte de venus, labios mayores, labios menores, clítoris, vagina?			
7. ¿Para que haya un embarazo necesariamente tiene que haber eyaculación?			
8. ¿Planificación familiar es el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener al respecto la información específica y los servicios idóneos. El ejercicio de este derecho es independiente del género, la preferencia sexual, la edad y el estado social o legal de las personas			
9. ¿La consejería en planificación familiar es un proceso educativo mediante el cual se proporciona información, orientación y apoyo educativo a individuos y parejas que les permitan tomar decisiones voluntarias conscientes e informadas acerca de su vida sexual y reproductiva?			
10. ¿Riesgo reproductivo es la probabilidad que tienen, tanto la mujer en edad fértil como su producto potencial, de experimentar enfermedad, lesión o muerte, en caso de presentarse un embarazo?			
11. ¿Las enfermedades crónicas en la mujer como diabetes, hipertensión arterial, pueden condicionar un embarazo a futuro de alto riesgo obstétrico?			
12. ¿Las enfermedades de transmisión sexual como la infección por VIP (virus del papiloma humano), sífilis, infecciones gonocócicas, infecciones por clamidias, tricomoniasis y herpes simple, constituyen una causa de infertilidad en la mujer?			

13. ¿El uso de preservativo puede evitar una enfermedad de transmisión sexual?			
14. ¿Los métodos de planificación familiar se dividen en temporales y definitivos?			
15. ¿El uso de preservativo es el único método de anticoncepción creado exclusivamente para hombres?			
16. ¿El hormonal poscoito también se llama píldora de emergencia o píldora del día siguiente?			
17. ¿La píldora del día siguiente debe de ser utilizada por su pareja sexual (mujer) sin método de planificación familiar en las primeras 24 horas posterior al acto sexual?			
18. ¿La píldora del día siguiente es abortiva y es uno de los métodos de planificación familiar confiable?			
19. ¿Los hormonales orales pueden causar infertilidad?			
20. ¿La lactancia contraindica el uso de todos los métodos de planificación familiar?			
21. El método del ritmo es aplicable a todas las mujeres independientemente de la regularidad del ciclo menstrual?			
22. ¿El dispositivo intrauterino es causa cáncer cervicouterino?			
23. ¿Los anticonceptivos hormonales combinados orales, en el primer ciclo de tratamiento deben iniciarse preferentemente dentro de los primeros cinco días del ciclo menstrual?			
24. ¿El DIU puede colocarse inmediatamente después de un aborto.			
25. ¿En mujeres jóvenes nulíparas hay un aumento del riesgo de expulsión del DIU?			
26. ¿El implante subdermico es uno de los metodos temporales efectivos que dura 3 años, y que se aplica en el brazo?			
27. ¿La vasectomía es un método de planificación definitivo?			
28. ¿Los hombres que se realizan vasectomía tienen disfunción eréctil y no eyaculan?			
29. ¿La oclusión tubaria bilateral es causa de cáncer de ovario?			
30. ¿La oclusión tubaria se realiza solo posterior a parto o cesárea?			
31. ¿El consentimiento informado es un documento que se proporciona al paciente para que se le realice un procedimiento anticonceptivo, tome una decisión voluntaria con pleno conocimiento comprensión de la información pertinente a la hora de aceptar algún método de planificación familiar?			

ANEXO 5

PROGRAMA DE CONSEJERIA

TEMA I.- EDUCACIÓN SEXUAL

- 1.1 Derechos sexuales
- 1.2 Valores y sexualidad
- 1.3 Conceptos básicos en sexualidad
- 1.4 Comunicación familiar y sexualidad
- 1.5 Respuesta sexual humana y expresiones del comportamiento
- 1.6 Diversidad sexual

TEMA II SEXUALIDAD Y SEXO

- 2.1 Anatomía de los órganos sexuales de la mujer y del hombre
- 2.2 Diferencias entre sexo seguro y sexo protegido
- 2.3 Vida erótica
- 2.4 Infecciones de transmisión sexual
- 2.5 VIH y SIDA

TEMA III PLANIFICACION FAMILIAR

- 3.1 Embarazo, parto y puerperio
- 3.2 Embarazo adolescente
- 3.3 Riesgo reproductivo
- 3.4 Metodología anticonceptiva
- 3.5 Mitos y realidades del uso del condón
- 3.6 Uso correcto del condón masculino y femenino
- 3.7 Anticoncepción de emergencia

ANEXO 6

CARTA DESCRIPTIVA

Contenido Temático	Objetivo	Material de Apoyo	Tipo Actividad	Responsable
TEMA I EDUCACIÓN SEXUAL 1.1 Derechos sexuales 1.2 Valores y sexualidad 1.3 Conceptos básicos en sexualidad 1.4 Comunicación familiar y sexualidad 1.5 Respuesta sexual humana y expresiones del comportamiento 1.6 Diversidad sexual	a.-Presentación médico – consejero b.- Consideraciones generales.	Cronograma de actividades Presentación de power point Al finalizar trípticos para consulta en casa.	Actividad en Consultorio Del consejero	RMF Patricia Jiménez Herrera
TEMA II SEXUALIDAD Y SEXO 2.1 Anatomía de los órganos sexuales de la mujer y del hombre 2.2 Diferencias entre sexo seguro	a.- conocer la diferencia entre sexualidad y sexo b.- identificar los órganos sexuales femeninos y masculinos	Video VHS Televisor Maniqués Presentación en Power point.		

y sexo protegido 2.3 Vida erótica 2.4 Infecciones de transmisión sexual 2.5 VIH y SIDA	c.- ciclo sexual femenino			
TEMA III PLANIFICACION FAMILIAR 3.1 Embarazo, parto y puerperio 3.2 Embarazo adolescente 3.3 Riesgo reproductivo 3.4 Metodología anticonceptiva 3.5 Mitos y realidades del uso del condón 3.6 Uso correcto del condón masculino y femenino 3.7 Anticoncepción de emergencia	a.-Control prenatal Riesgo de muerte materna b.-Factores de riesgo reproductivo alto Conocer todos los métodos de planificación familiar. c.-Uso adecuado del condón d.-Embarazos planeados y deseados	Muestrario de métodos De planificación familiar Video VHS Trípticos Rotafolio Presentación en Power point		RMF Patricia Jiménez Herrera

ANEXO 7 CONSENTIMIENTO INFORMADO SOBRE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR IMSS.

	Dirección de Prestaciones Médicas Unidad de Salud Pública Coordinación de Salud Reproductiva
CONSENTIMIENTO INFORMADO	
Yo _____ reconozco que me han informado sobre los beneficios que representa para el cuidado de mi salud utilizar un método anticonceptivo. Que en la elección del método se han considerado mis expectativas reproductivas, personales y mi condición de salud. Por lo que declaro que se me informó lo siguiente: > Existen métodos anticonceptivos temporales y definitivos para mí y mi pareja. > Los métodos temporales disponibles en el IMSS son: los hormonales orales e inyectables (pastillas e inyecciones) el implante subdérmico, el dispositivo intrauterino (DIU) y el preservativo y se utilizan para espaciar los embarazos. > Los métodos definitivos y permanentes son: la Oclusión tubaria bilateral o Salpingoclasia (ligadura de trompas) para la mujer y la Vasectomía para el hombre y estos se eligen cuando se ha decidido no tener más hijos. > Que para la aplicación de métodos como el implante, la vasectomía y la salpingoclasia es necesario el empleo de anestesia. > Que tanto los métodos temporales como los métodos definitivos llegan a fallar y por lo tanto, existe la posibilidad de quedar embarazada o embarazar a mi pareja. > Que he comprendido todas y cada una de las posibles molestias o efectos no deseados que puedo tener al usar el método elegido. > Que tengo derecho y me comprometo a acudir a revisión médica en caso de duda, molestia o cuando se me indique. Que es mi decisión libre, consciente e informada aceptar el uso de: _____ Firmo este CONSENTIMIENTO por mi libre voluntad en presencia de dos testigos y sin haber estado sujeta(o) a ningún tipo de presión o coerción para hacerlo.	
_____ Lugar y fecha	
_____ Aceptante Nombre y firma	_____ No. de seguridad social
_____ Unidad médica de adscripción	
_____ Testigo Nombre y firma	_____ Testigo Nombre y firma
_____ Unidad médica en donde se otorgó el método	_____ Personal que otorgó el método Nombre, firma y matrícula

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Enero Febrero 2012	Febrero- Julio 2012	Agosto septiembre 2012	Septiembre octubre 2012	Noviembre Diciembre 2012
Autorización de protocolo	X				
Trabajo de campo		X	X		
Subir protocolo a SIRELSIS	X				
Análisis de los resultados			X		
Presentación de avance de tesis				X	
Redacción de tesis final					X
Redacción del artículo					X