

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

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

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

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

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

Recibido: Aceptado:

RESUMEN

Objetivo: Identificar causas de no aceptación de métodos de planificación familiar en mujeres que acuden a atención puerperal. **Material y métodos:** Se realizó un estudio transversal descriptivo en una unidad de medicina familiar de junio a octubre del 2004. Se incluyeron aleatoriamente a mujeres en puerperio mediato que no hubieran aceptado algún método anticonceptivo. **Variables:** edad, estado civil, escolaridad, ocupación, religión, gestas, partos, cesáreas, abortos, paridad satisfecha, métodos conocidos, uso de anticonceptivos, reacciones secundarias, fuente de información y causas de no aceptación. **Ánalisis de resultados:** medidas de tendencia central, dispersión y porcentajes. **Resultados:** Se entrevistaron 61 puérperas con edades entre los 17 y 37 años. Principales causas: los mitos y rumores (36.1%), temor a reacciones secundarias (19.7%), religión (14.8%) y falta de aprobación de la pareja (11.5%). **Conclusiones:** No obstante que a un gran porcentaje de puérperas se les otorga consejería anticonceptiva por el equipo de salud, se apreció un gran desconocimiento o mayor credibilidad a la información no científica; por lo que se deberían analizar las causas de no aceptación y elaborar estrategias que las disminuyan y aclaren dudas a la población.

Palabras clave: Planificación familiar, puérperas, métodos anticonceptivos.

ABSTRACT

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

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

Introducción

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

Durante el puerperio existe un estrecho contacto del personal de salud con la paciente, lo que debe fomentar el convencimiento y aceptación de la metodología anticonceptiva². Es indudable, que el hecho de ofrecer una atención de calidad en planificación familiar durante el embarazo y puerperio, contribuye en forma importante a reducir la morbilidad materno-infantil³. En el puerperio inmediato es frecuente que al momento de tomar la decisión sobre el método anticonceptivo más idóneo, se carezca de información confiable⁴; por esta razón algunos expertos afirman que la educación en planificación familiar debe iniciarse durante el embarazo y reforzarse después del parto, permitiendo a la mujer tomar decisiones responsables y de manera informada⁵.

Una atención de calidad es prioritaria en los servicios de planificación familiar, pues ayuda a las parejas a cubrir su necesidad de salud reproductiva en forma segura y eficaz.^{6,7} Actualmente, Bruce^{9,10} propone seis elementos fundamentales de la calidad en la atención: *información exacta, respeto, fomento del uso continuo, empatía, tiempo para el diálogo y opinión a las preguntas.*^{7,8} De tal forma, que las mujeres embarazadas al solicitar atención médica deben recibir la información necesaria sobre la metodología anticonceptiva, que adoptarán en el momento del parto; esa sería una gran oportunidad para evaluar los resultados del equipo participante en educación para la salud. En un estudio realizado en esta unidad de medicina familiar¹¹, se encontró que el 74% de las encuestadas durante el embarazo, habían recibido mala calidad de la información anticonceptiva; en otro se observó que un 75% de mujeres en el grupo de edad de 20 a 29 años no contaban con método anticonceptivo.

Es importante la gestión de estrategias adecuadas que hagan más eficiente el programa de planificación familiar, con un mayor impacto en las tasas de fecundidad, haciendo énfasis en los jóvenes que inicia su vida reproductiva y representan un importante reto para los diversos programas de planificación familiar. Este estudio tiene como objetivo identificar las causas de no aceptación de métodos de planificación familiar en mujeres que acuden a atención puerperal en la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del IMSS en Ciudad Obregón, Sonora (México).

Material y Métodos

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

Resultados

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

Cuadro I. Características sociodemográficas

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

Un total de 48 pacientes (78.7%) dijeron estar satisfechos con el número de hijos que tenían; 29 (47.5%) deseaban tener más hijos. Los antecedentes ginecoobstétricos en promedio reportaron: inicio de la vida sexual activa a los 20.5 años; edad de la primera gestación 23.6 años; y gestaciones en promedio 2.3 DE 1.2 con mínimo de una gestación y máximo de siete. Los métodos que identificaron con mayor frecuencia fueron el dispositivo intrauterino y los hormonales (tabletas e inyecciones). Refirieron haberlos usado 36 pacientes (59%); así mismo 26 pacientes (42.6%) habían presentado reacciones secundarias -hipermenorrea 9 pacientes (14.8%), nueve con cefalea (14.8%), seis entrevistadas padecieron náuseas (9.8%), sobrepeso un caso (1.6%) y cólicos un caso (1.6%)- nueve pacientes (14.8%) refirieron haberse embarazado aún cuando tenían el dispositivo.

Los métodos conocidos, usados y de los que se ha pedido información se presentan en el Cuadro II. 24 pacientes (39.3%) habían solicitado información sobre métodos anticonceptivos en una ocasión, 15 pacientes (24.6 %) en dos ocasiones y seis (9.8%) en tres ocasiones o más oportunidades. Las personas que otorgaron con más frecuencia la consejería fueron en orden de frecuencia: la enfermera (32 %); la trabajadora social (15%) y el médico (11%).

Cuadro II. Métodos conocidos y usados por la población.

	Métodos conocidos	Métodos usados	Métodos informados
Dispositivo intrauterino (DIU)	0	13.1	14.8
Hormonales orales (HO)	1.6	21.3	0
Hormonales inyectables (HI)	1.6	14.8	0
Salpingoclasia (OTB)	0	0	6.6
Todos	26.2	0	1.6
DIU y HO	3.3	1.6	1.6
DIU y HI	9.8	3.3	31.1
DIU, HO y HI	34.4	0	4.9
HO y HI	6.6	4.9	0
DIU y OTB	1.6	0	11.5
DIU, HI y OTB	13.1	0	1.6
Ninguno	1.6	0	0

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

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

Discusión

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

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

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

Cuadro III. Causas de no aceptación

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

	Causas durante el embarazo (%)	Causas durante el puerperio (%)
Falta de aprobación de la pareja	11.5	11.5
Falta de aprobación de un familiar	1.6	0
Temor a la presencia de efectos secundarios	13.1	19.7
Mitos y rumores	26.2	36.1
Religión	3.3	14.8
Falta de conocimientos (ignorancia)	26.2	8.2
Desaprobación de la pareja y religión	1.6	0
Desaprobación de la pareja, familiares y religión	9.8	0
Falta de aprobación de la pareja y mitos	3.3	0
Vasectomía de la pareja	3.3	3.3
Desconfianza	0	3.3
No tiene pareja	0	1.6

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

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

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

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

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

Los mitos y rumores ocuparon el primer lugar como causa de no aceptación, no obstante que al 23% de las entrevistadas se les dio orientación por parte del médico familiar, la enfermera y la trabajadora social, y al 8.2% los amigos familiares y medios de comunicación, además de que el 18% contaban con escolaridad de preparatoria y más. ¿Tendrán mayor credibilidad las personas ajenas a los profesionales de la salud? Se deberían identificar las razones que alientan a los rumores y a los mitos y ampliar la información científica a los pacientes con el propósito de eliminarlos. Se debería reforzar la consejería haciendo hincapié en los beneficios de la protección anticonceptiva con un enfoque humanístico y de salud integral; aprovechar las consultas médicas para que mediante el consentimiento informado se instruya a las solicitantes de servicios de planificación familiar sobre los riesgos de un nuevo embarazo y respetar su decisión final, cualquiera que esta sea¹⁵. La tercera causa de no aceptación fue “la religión”, dato que en la literatura no hemos identificado, fue reportado por 1.5 de cada 10 pacientes y de estas el 8.2% fueron cristianas y 6.5% adventistas.

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

En las mujeres post- parto o post-aborto, se deben establecer criterios con base en: *los factores de riesgo, satisfacción de la paridad y actitud hacia la concepción*,¹⁴ así como aquellos factores que influyen en el comportamiento reproductivo de las usuarias,¹² de esta manera el presente estudio podría ser punto de partida, para otras investigaciones en las que se valore ¿Qué tanto influyen estas causas y otros factores en la aceptación o no aceptación de los métodos anticonceptivos?

Resulta necesario reforzar el proceso educativo en salud reproductiva con el concurso del equipo de salud y buscar estrategias que difundan y promuevan el conocimiento y sobre todo el uso de los métodos de planificación familiar, una de ellas ya existe en México, específicamente en el IMSS, la cual se encuentra dentro del nuevo modelo de atención para la salud denominado PREVENIMSS *.

Referencias

1. Banco Mundial. Planificación familiar: programas eficaces para el desarrollo. Population Reference Bureau. Washington, DC: Banco Mundial, mayo 1994. Disponible en: <http://www.worldbank.org/htm/extdr/huppopulationfp.sp.htm>
2. Cassella CA, Gómez VG, Maidana-Roa JD. (2000) Puerperio normal. Revista de Posgrado de la Catedra Via Medicina No. 100. 2-6 Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista100/puerperio_normal.htm
3. Finger RF. Una mejor atención en el posparto salva vidas. Family Health International, 1999; 17(4).
4. Blaney LC. Después del embarazo surgen necesidades. Family Health International, 1997; 17(4).
5. Rivera RS. Mejorar la planificación familiar después del embarazo. Family Health International, 1997;17(4).
6. Bennett B. La calidad se centra en la necesidad de la clientela. Family Health International, 1997;17(4).
7. William RF. Mejoras en los servicios y perspectiva del cliente. Family Health International, 1998;19(1).
8. Bruce J. Fundamental elements of high-quality care; a simple framework. Stud Fam Plan, 1990;2(2):61-69.
9. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its management. Journal of the American Medical Association, 1998;269 (12):1743-748.
10. Sempual LM. Calidad de la información de la metodología anticonceptiva en embarazadas (tesis). Ciudad Obregón, Sonora, México. Universidad Autónoma de Sinaloa – Instituto Mexicano del Seguro Social, Postgrado en Medicina Familiar, 2003.
11. Lee IS. Causas de necesidades insatisfechas en planificación familiar. Revista Médica del IMSS, 2003; 41 (4):313-319.
12. Domínguez OJ, Farfán SG. Salud reproductiva. En: Farfán SG, Anzures CR, Huerta RJL, Hernández VJ, Domínguez OJ, De los Santos RH, et al. Programa de actualización continua de medicina familiar, 1a. edición, México, D. F. Intersistemas Editores, 1999:1-59.
13. Aceves GML, Morales HH, Ojeda MR, Velasco MV. Salud reproductiva. Programas Integrados de Salud. Instituto Mexicano del Seguro Social, 2002:53-63.
14. Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil. Bases generales de las actividades de la educación para la salud reproductiva. Dirección de Prestaciones Médicas, Instituto Mexicano del Seguro Social, 2^a edición, 1998:15-60.
15. Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil. Guía para la obtención del consentimiento informado. Dirección de Prestaciones Médicas, Instituto Mexicano del Seguro Social, 1996:9-15.