MEDICAS UIS
REVISTA DE LOS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER

Artículo original

Argumentos de rechazo de dispositivo intrauterino y oclusión tubárica bilateral postparto, en usuarias de una unidad de segundo nivel de Cárdenas, Tabasco, México

*Zavala-González Marco Antonio **
*Correa-De la Cruz Rosario **
*Posada-Arévalo Sergio Eduardo ***
*Domínguez-Llergo Adela ****
*Barojas-Sánchez Josefina *****

RESUMEN

Objetivo: identificar los argumentos de rechazo manifestados por las puérperas derecho-habientes usuarias del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Cárdenas, Tabasco, que rechazan métodos de planificación familiar (MPF) postparto de alta continuidad (dispositivo intrauterino y oclusión tubárica bilateral). Material y métodos: estudio de diseño observacional, prospectivo, transversal y descriptivo. Puérperas, derecho-habientes usuarias del IMSS, Cárdenas, Tabasco. Agosto/2006-Marzo/2007. Muestra por conveniencia: pacientes cuyo parto fue atendido en el Hospital General de Zona No. 2 de Cárdenas, Tabasco, captadas durante el pase diario de visita. Variables: edad, estado civil, número de embarazos, vía del parto, argumento de rechazo del MPF. Los datos se obtuvieron por método de encuesta, previo consentimiento informado. Se estimaron estadísticas descriptivas, y se analizó parcialmente el discurso. Resultados: 183 puerperas de 15 a 44 años de edad. Estado civil predominante 140 casadas (76,5%). Media de embarazos 2, moda 2, mínimo 1, máximo 9. Vía de atención del parto: 85 vaginales (46,4%), 98 abdominales (53,6%). Aceptantes de MPF 105 (57,4%), rechazantes 78 (42,6%). 18 manifestaron 1 argumento (23%), 60 declararon más de 1 argumento (77%). Argumento de rechazo manifestado como primera consideración: "mi pareja y/o familia no lo consiente" 34,2%. Explicación brindada con mayor frecuencia como segundo argumento de rechazo: "temor a complicaciones médicas secundarias a éste" 35,6%. Conclusiones: La cobertura de anticoncepción postparto en la unidad es baja. Los argumentos manifestados por las pacientes al rechazar los MPF, muestran que la mujer posee falta de sentimiento de propiedad sobre su cuerpo; y que existe desinformación sobre el uso, indicaciones, beneficios y riesgos de los métodos de planificación familiar. (MED. UIS. 2009;22(1):12-8).

Palabras clave: Salud reproductiva. Métodos de planificación familiar. Argumentos de rechazo.

*MD cirujano. División Académica de Ciencias de la Salud. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Tabasco. México.

**MD cirujano. Especialista en Cirugía General. Maestro en Salud Pública. Hospital General de Zona No. 2. Instituto Mexicano del Seguro Social. Tabasco. México.

***Enfermera General. Especialista en Salud Pública. Hospital General de Zona No. 2. Instituto Mexicano del Seguro Social. Tabasco. México.

****Licenciada en Psicología. Maestra en Manejo de Grupos e Instituciones. División Académica de Ciencias de la Salud. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Tabasco. México.

Correspondencia: Dr. Zavala-González. Cl. principal de la alberca No. 24, Col. Ingenio Santa Rosalia, H. Cárdenas. Tabasco. México. C.P. 86500. Tel.: +52 937 373 4210. e-mail: zgma_51083@yahoo.com.mx

Artículo recibido el 18 de abril de 2008 y aceptado para publicación el 23 de marzo de 2009.

INTRODUCCIÓN

En México, la tasa de fecundidad global descendió entre 1970 y el año 2000 de seis a tres hijos por mujer[1]. Sin embargo, debido a la elevada proporción de población joven, la cantidad de mujeres en edad reproductiva se duplicó en el mismo período. Así, aunque la tasa de fecundidad en la población ha disminuido, la cantidad absoluta de nacimientos y la proporción de los nacimientos que son producto de madres adolescentes se ha mantenido estable debido a la inercia de crecimiento poblacional[2]. Este hecho, se ve evidenciado en los resultados de la última Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (ENSR)[3].

Para el año 2005, el Estado de Tabasco ocupó el 13º lugar en cuanto indicadores de salud reproductiva se refiere, a nivel nacional, dentro de 32 posibles posiciones, mostrando una reducción de aproximadamente 3 puntos porcentuales en el indicador global durante el período 2001-2005[3].

La planificación de la familia y la reducción del número de hijos en la misma es una de las prioridades dentro del sistema de salud mexicano, al igual que la salud materno-infantil, puesto que es necesario mantener y mejorar la calidad de vida de la población, lo cual va estrechamente ligado al tamaño de la familia. La elección del método anticonceptivo surge del diálogo entre el médico y la paciente de acuerdo a la seguridad, eficacia, potenciales efectos colaterales, y la integración del método en el estilo de vida de la mujer[4].

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), tan sólo hasta el año 2004, el 42,5% de los partos eran atendidos por cesárea, ocupando el segundo lugar a nivel nacional, después del Instituto de Salud y Seguridad Social de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) con 59,9% nacimientos por vía abdominal; ambos, por indicadores muy arriba del indicador propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS)[5]. Por ello, para éstas instituciones, es particularmente importante el control del período intergenésico. Dentro del IMSS, la Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil tiene como uno de sus objetivos la utilización de métodos anticonceptivos de calidad en sus programas de planificación familiar.

Los métodos de mayor calidad y con mayor continuidad son: el dispositivo intrauterino (DIU), la oclusión tubárica bilateral (OTB), y la vasectomía. El método anticonceptivo de mayor cobertura después de un evento obstétrico son los hormonales orales. Sin embargo, la continuidad a un año de seguimiento de los métodos temporales citados es muy diferente: 30% hormonales orales, 80% DIU[6]. De acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de Coberturas de los Programas Integrados de Salud 2003 (ENCOPREVENIMSS 2003), la prevalencia de uso de métodos de planificación familiar (MPF) entre las adolescentes unidas fue de 56%, y de 76,5% entre las mujeres de 20 a 49 años, con un predominio claro en el uso de métodos definitivos o de alta continuidad: 50,1% para OTB y 19,9% para DIU[7].

Existen diversas barreras socioculturales que suelen interponerse a la aceptación de los distintos métodos de planificación familiar, tales como la autonomía de la mujer, las normas socioculturales, los mitos y rumores en torno al método de planificación familiar del que se brinda consejería, las cuestiones de género y discriminación, y el acceso a los programas de salud en términos de situación geográfica y costo, los cuales se presentan en mayor o menor medida dependiendo del estado de desarrollo de la población[8].

En el caso de las instituciones de salud, el problema suele limitarse a la falta de autonomía de la mujer en cuanto a sus decisiones reproductivas se refiere, y a los mitos generados en torno a los métodos de planificación familiar, sin embargo, existen pocas referencias nacionales en las cuales se defina estadísticamente cuál o cuáles son los motivos por los que las pacientes rechazan los métodos de planificación familiar postparto.

Pese a que el tema de la salud reproductiva es evidentemente relevante según lo expuesto, las

publicaciones al respecto son escasas. Creel y cols[8]. reportan que la principal causa de rechazo de MPF es lo que ellos refieren como falta de autonomía de la mujer en su toma de decisiones. Vásquez y cols.[9], detectaron en adolescentes una falta de apropiación de los derechos sexuales y reproductivos, que no obstante, mostraron cambios significativos positivos, ante intervenciones tales como consultar a profesionales de la salud, y disminuir cualquier forma de abuso o violencia sexual.

Durante el año 2005 se observó que las pacientes que recibieron atención del parto en el Hospital General de Zona No. 2 del IMSS Delegación Tabasco, rechazaron con frecuencia el uso de MPF postparto de alta continuidad ofrecidos por dicha unidad (DIU y OTB), aproximadamente en un 55%[10]; alegando el uso preferente de otros MPF de continuidad cuestionable como el ritmo menstrual y el preservativo, o que están contraindicados en el puerperio como los hormonales inyectables y orales.

Lo anterior repercute sobre la tasas de natalidad e incrementa los riesgos obstétricos que el periodo intergenésico corto conlleva. Por tanto se decidió llevar a cabo una investigación para identificar los argumentos de rechazo manifestados por derecho-habientes usuarias del IMSS, Cárdenas, Tabasco, que no aceptan MPF postparto de alta continuidad como el DIU y la OTB. Con el propósito de diseñar estrategias educativas que permitan al personal disuadir a la paciente de aceptar alguno de estos métodos, lo que podría redundar en el control de las tasas de natalidad y la reducción de riesgos obstétricos, así como en la mejora de los indicadores institucionales respectivos.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo. Se estudió a la población de derechohabientes usuarias del IMSS Delegación Tabasco cuyo parto fue atendido en el Hospital General de Zona No. 2 y que se encontraban hospitalizadas en la unidad médica cursando puerperio inmediato. Se incluyeron pacientes de cualquier edad, con parto atendido por cualquier vía, con producto nacido vivo o muerto, hospitalizadas en el período comprendido del 14 de Noviembre de 2006 al 14 de Mayo de 2007. Se excluyeron a las pacientes cursando puerperio postaborto.

La técnica muestral fue no probabilística, se tomó una muestra ajustada por conveniencia; previo consentimiento informado, se entrevistaron a las pacientes hospitalizadas durante el período especificado, al momento del pase diario de visita en el turno matutino de lunes a viernes. Se incluyeron las variables edad, número de embarazos, vía de atención del parto, aceptación/rechazo de DIU y OTB, y argumento de rechazo.

Se estimaron estadísticas descriptivas con 95% de confianza; el análisis estadístico se realizó empleando el paquete estadístico Epi-Info© versión 3.3.2 para entorno Windows©, de distribución gratuita bajo licencia del Center of Disease Control and Prevention. Adicionalmente se emplearon métodos cualitativos, usando técnicas del análisis de discurso, con la finalidad de identificar dentro de los argumentos de las pacientes, el origen psicológico, el significado y el imaginario social de la fecundidad.

Resultados

Se incluyeron 183 puérperas. La edad media fue 27 años, mediana 27 años, moda 20 años, desviación estándar +/- 6,8 años, mínimo 15 años, máximo 44 años. La media del número de embarazos fue 2, mediana 2, moda 2, desviación estándar +/- 1 embarazo, mínimo 1, máximo 9. 34,4% eran secundigestas (63 pacientes), 35% multigestas (64 pacientes) y 30,6% primigestas (56 pacientes). La vía de resolución del embarazo en el 53.6% de los casos fue cesárea (98 casos), y en el 46,4% vaginal (85 casos).

105 pacientes aceptaron el uso de MPF postparto (57,4%), y 78 lo rechazaron (42,6%). En el grupo de puérperas que aceptaron el uso

de MPF postparto, 51 pacientes aceptaron la colocación de DIU postparto (48,6%), 45 aceptaron la realización de OTB postparto (42,8%), y 9 pacientes recibieron anticonceptivos hormonales orales con riesgo, por indicación de la Coordinación Clínica de Cirugía de la unidad médica (8,6%).

En el grupo de puérperas que rechazaron el uso de método de planificación familiar postparto, 24.1% manifestaron un solo argumento (18 pacientes) y 75,9% refirieron dos o más argumentos para rechazar los MPF ofertados dentro de la unidad (60 pacientes). Dentro de este grupo, las pacientes manifestaron hasta 3 argumentos de rechazo de uso de DIU y OTB postparto como MPF, para los cuales se estimaron proporciones.

Los argumentos manifestados como primera explicación para no aceptar los MPF ofertados fueron: "deseo tener más hijos" 21,5% (17 casos), "mi familia no lo consciente" 17,7% (14 casos), "mi pareja no lo consciente" 16,5% (13 casos), "mi pareja me va a cuidar" 13,9% (11 casos), "temor a complicaciones médicas secundarias al uso del método de planificación familiar" 11,4% (9 casos), y otros argumentos con frecuencia menor a 10%, 19% (15 casos).

Las consideraciones argumentadas como segundo motivo de rechazo fueron: "temor a complicaciones médicas secundarias al uso del método de planificación familiar" 35,6% (21 casos), "mi pareja me va a cuidar" 23,7% (14 casos), "temor a disfunción sexual secundaria al uso del método de planificación familiar" 13,6% (8 casos), y otros argumentos con frecuencia menor a 10%, 27,1% (16 casos).

Los fundamentos brindados como tercera razón de rechazo fueron: "temor a complicaciones médicas secundarias al uso del método de planificación familiar" 26,7% (8 casos), "temor a disfunción sexual secundaria al uso del método de planificación familiar" 23,3% (7 casos), "temor a infidelidad de mi pareja por aceptar el método de planificación familiar" 13,3% (4 casos), "mi pareja me va a cuidar" 10% (3 casos), "mala experiencia previa con el uso del DIU" 10% (3 casos), y otros argumentos con frecuencia menor a 10%, 16,7% (5 casos).

Discusión

En primer término, es necesario hacer hincapié en las limitaciones propias de este estudio. Desde el punto de vista cuantitativo, cuenta los sesgos propios de un estudio descriptivo, en donde si bien los resultados obtenidos constituyen una primera aproximación al problema, no esclarecen las variables asociadas a éste, asimismo, el tamaño de la muestra es limitado y desde el punto de vista estadístico, no constituye una muestra representativa de la población total. Además, la población de estudio, cuenta con un perfil específico, que caracteriza a la población derechohabiente del IMSS, y éste es, que está constituido por sujetos de estrato socioeconómico medio (clase trabajadora), que si bien, corresponde a la mayor proporción de la población de la entidad, excluye a los sujetos de clase baja, que no cuentan con este sistema de seguridad social. Sin embargo, desde la perspectiva de la metodología cualitativa, el imaginario y significados sociales del colectivo se pueden ver representados en muestras pequeñas, aún cuando no sean estadísticamente significativas. Por ello, los resultados de este estudio, de metodología mixta, constituyen un aporte importante al estado de la ciencia como primera aproximación al problema en el sitio de estudio.

Ahora bien, en cuanto a los resultados obtenidos, la mayor proporción de pacientes en esta serie correspondió al grupo de multigestas, por lo que la aceptación/rechazo de los métodos anticonceptivos de alta continuidad adquiere todavía mayor relevancia en este estudio por las implicaciones socioeconómicas que implica. El valor de referencia nacional empleado como indicador en cuanto a cobertura anticonceptiva postparto se refiere, corresponde a >74,9%[11], en este estudio se encontró una cobertura de 57,4%, la cual está por debajo del indicador nacional. Este hecho, nos brinda una explicación indirecta de la conducta tomada por la coordinación responsable de la cobertura anticonceptiva postparto de proporcionar

anticonceptivos hormonales orales con riesgo, lo cual debe ser colocado en tela de juicio.

La mayoría de las pacientes (75,9%) argumentaron dos o más motivos para rechazar los métodos anticonceptivos de alta continuidad, los argumentos manifestados con mayor frecuencia por las pacientes, resaltan tres hechos importantes: el papel de la familia, la influencia del cónyuge en la decisión de la paciente, y la desinformación. El papel de la familia llama la atención particularmente, con base en las observaciones y apreciaciones recogidas durante la recolección de datos, las abuelas de las pacientes representan una fuerte influencia sobre ellas, a quienes transmiten sus conceptos y creencias, especialmente en el caso de las madres adolescentes. La influencia del cónyuge sobre la decisión de aceptar o rechazar los métodos anticonceptivos constituye un hallazgo esperado, lo cual ya ha sido reportado por otros autores como Creel[8] y cuya presencia es respaldada la mayoría de las veces por la teoría de la sociedad machista y la inequidad de géneros. Sin embargo, tanto la influencia de la familia consanguínea como la del cónyuge sobre la decisión de la paciente de aceptar o rechazar un método anticonceptivo de alta continuidad, se ve fuertemente respaldada y reforzada por la desinformación del grupo, y es este hecho, el de vital importancia para el éxito de las estrategias que permitan cubrir satisfactoriamente los indicadores nacionales, y que por tanto requiere mayor análisis y escrutinio.

Autores como Díaz-Mendoza y cols.[6] han destacado la importancia del empleo de estrategias educativas para incrementar la aceptación de los métodos anticonceptivos de alta continuidad postparto. Los datos presentados en este reporte pertenecen a una unidad de segundo nivel, que es en donde se brinda atención a la mayor proporción de partos, sin embargo, es en el primer nivel de atención donde se brinda a las pacientes la información y orientación necesarias para tomar una decisión acerca de su salud reproductiva al momento de culminar el embarazo, la cobertura anticonceptiva postparto observada en esta serie nos llevan a la conclusión de que hay que mejorar las estrategias educativas empleadas en el primer nivel de atención en cuanto a salud reproductiva se refiere, para disminuir la desinformación con respecto a los métodos anticonceptivos de alta continuidad.

Desde la perspectiva cualitativa, los resultados obtenidos demuestran que los métodos de planificación están centrados en la decisión de la mujer, sin embargo, dados los argumentos manifestados por ellas, los cuales se presentan en este estudio, se puede apreciar también, que asumir tal decisión es sumamente complejo para ella. Los métodos anticonceptivos si bien apuntan a que exista una planeación de los hijos, es evidente que en tal planeación no está referida exclusivamente una dimensión biológica, es decir, el uso de anticonceptivos pone en evidencia la significación social de ser mujer y por consiguiente la significación del cuerpo.

La maternidad se convierte en el fundamento esencial del ser mujer. En nuestra cultura es sumamente valorada, por lo que no responder a esas expectativas colectivas es permanecer al margen de tal demanda. Las respuestas de las mujeres hacen referencia a que las decisiones de tener hijos o de ser madres no les corresponden, es primero la familia y posteriormente la pareja quienes resolverán lo relacionado al uso de los anticonceptivos y por lo tanto a la maternidad.

En esta investigación también se hace presente el cuerpo, pensado como biología; un cuerpo significado para la procreación y la práctica sexual, un cuerpo que garantice el placer para los demás y quizá una negación de propio placer. El cuidado del cuerpo pensado para los otros y como posibilidad de sujeción de la pareja. Llama la atención que las mujeres asocien los métodos anticonceptivos como una dificultad que pueda obstaculizar el placer en la relación sexual por lo que quizá sea importante pensar en indagaciones de corte puramente cualitativo que recuperen las significaciones imaginarias en torno a los métodos de prevención de la natalidad, pero sobre todo que apunten a los imaginarios

que se organizan sobre el cuerpo y la maternidad. Es importante subrayar que parte de las respuestas de las mujeres fueron dirigidas a las complicaciones médicas, las cuales pueden ser pensadas desde dos perspectivas: la forma en que se establece la relación entre la paciente y el médico, y por otro, si tiene alguna implicación el género en la forma de incorporar los métodos anticonceptivos como forma de protección de la salud, pero principalmente cómo está incorporado en la mujer mexicana el concepto de salud y bienestar.

Conclusiones

En el presente reporte, la cobertura anticonceptiva postparto en la unidad es baja de acuerdo al indicador nacional.

Los argumentos manifestados por las pacientes que rechazan los MPF de alta continuidad, son diversos, sin embargo, muestran dos hechos importantes, primero, que la mujer posee falta de sentimiento de propiedad sobre su cuerpo (lo que otros autores han referido como falta de autonomía); y segundo, que existe desinformación sobre el uso, indicaciones, beneficios y riesgos de los MPF. Por tal motivo, se requiere establecer más y mejores estrategias educativas, que tomen en consideración la significación de la fecundidad y la maternidad no sólo para la madre, sino para la familia entera, incluyendo a los colaterales, de modo tal que se incida de manera adecuada en este problema.

Se requiere realizar más estudios entorno al tema, con muestras más grandes, inclusión de otras variables, mayor duración y cobertura geográfica, y de ser posible, realizados de forma interinstitucional para presentar mejores conclusiones.

Declaración de conflicto de intereses

El presente trabajo de investigación fue realizado con recursos propios de los investigadores, sin recibir financiamiento de algún organismo o programa, público o privado.

Summary

Rejection arguments of intrauterine device and bilateral tubal occlusion post-childbirth, in users of a second level unit of Cardenas, Tabasco, Mexico.

Objective: identify the rejection arguments manifested for the puerperae claimant users of the Mexican Institute of Social Security (MISS), Cardenas, Tabasco, that reject family planning methods post-childbirth of high continuity (intrauterine device and bilateral tubal occlusion). Material and methods: study of design observational, prospective, traverse and descriptive. Puerperae, claimant users of the MISS, Cardenas, Tabasco. August/2006-March/2007. Sample for convenience: patients whose childbirth was attended in the General Hospital of Zone No. 2 of Cardenas, Tabasco, captured during the daily pass of visit. Variables: age, civil status, pregnancies number, childbirth way, rejection argument of the family planning methods. Data was obtained for survey method, previous informed consent. Be estimated descriptive statistics, and be analyzed partially the discourse. Results: 183 puerperae of 15 to 44 years-old. Predominant civil status 140 married (76,5%). Pregnancies mean 2, mode 2, minimum 1, maximum 9. Childbirth way: 85 vaginal (46,4%), 98 abdominal (53,6%). Family planning methods acceptors 105 (57,4%) rejection 78 (42,6%). 18 manifested 1 argument (23%), 60 declared more of 1 argument (77%). Rejection argument manifested as first consideration: "my partner and/or family doesn't consent" 34,2%. Explication offered with major frequency as second rejection argument: "fear to medial complications secondary to it" 35,6%. Conclusions: The covering of family planning post-childbirth in the medical unit is low. The arguments manifested for the patients to reject the FPM, show that the women possess lack of property sentiment over your body; and that exist disinformation over use, indications, benefits and risks of the family planning methods. (MED. UIS. 2009;22(1):12-8).

Key words: Reproductive health. Family planning methods. Rejection arguments.

Referencias bibliográficas

1. Langer A, Romero M. El embarazo, el parto y el puerperio. ¿Bajo qué condiciones se reproducen las mujeres en México? En: Langer A, Tolbert K, ed. México, D.F.: The Population Council. 1996. P.p. 13-39.
2. Consejo Nacional de Población (CONAPO). La situación demográfica de México. México, D.F.: Ediciones del CONAPO.1997:16.
3. Secretaría de Salud. Salud: México 2001-2005. Información para la rendición de cuentas. Primera Edición. Secretaría de Salud. 2006. P.p. 116-7. Disponible en: http://www.salud.gob.mx

4. Moos MK, Bartholomew NE, Lohr KN. Counseling in the clinical setting to prevent unintended pregnancy: an evidence-based research agenda. Contraception 2003;67(2):115-32.
5. Instituto Mexicano del Seguro Social, División Técnica de Información Estadística. El IMSS en cifras. Evaluación del desempeño de las instituciones de salud. México, 2004. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2006;44(5):481-8.
6. Díaz-Mendoza A, Vila-Contreras S, Libreros-Bango V. Impacto de una estrategia educativa para la aceptación de métodos de planificación anticonceptivos de alta continuidad durante el posparto. [En prensa] Rev Med Inst Mex Seguro Soc
7. Velasco-Murillo V, Padilla I, De la Cruz L, Acosta-Cázares B. ENCOPREVENIMSS 2003. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2006;44(Supl1):S87-S95.
8. Creel J, Sass J, Yinger N. La calidad centrada en el cliente: perspectivas de los clientes y obstáculos para recibir atención. Nuevas perspectivas sobre la calidad de la atención. 2002, Diciembre. Washington D.C., EUA. Disponible en: http://www.popcouncil.org/frontiers/frontiers.html.
9. Vásquez ML, Argote LA, Castillo E, Cabrera MJ, González D, Mejía ME, Villaquirán ME. Apropiación de los derechos sexuales y reproductivos en los adolescentes: una experiencia desde la teoría de la acción razonada. Colomb Med 2005;36(3):14-24.
10. Instituto Mexicano del Seguro Social. Cobertura de métodos de planificación familiar posparto. Sistema de Información Médica Ordinaria. Instituto Mexicano del Seguro Social. Tabasco, México. 2005. Disponible en: http://evaluacion.salud.gob.mx
11. Instituto Mexicano del Seguro Social. Indicadores de desempeño. Coordinación de Salud Reproductiva. Instituto Mexicano del Seguro Social. 2005. Disponible en: http://evaluacion.salud.gob.mx