



**CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
HOSPITAL GENERAL DE ZONA #1**

TESIS

**SATISFACCIÓN PERCIBIDA DE LA CONSEJERÍA EN
PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES EN EDAD
REPRODUCTIVA DERECHOHABIENTES DE LA UMF # 10
DELEGACIÓN AGUASCALIENTES.**

PRESENTA:

RENÉ HERNÁNDEZ DE LA ROSA

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

ASESORA:

DRA. EDITH SAUCEDO ROJAS

AGUASCALIENTES, AGS. AGOSTO DEL 2015



RENÉ HERNÁNDEZ DE LA ROSA
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T E

Por medio de la presente se le informa que en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Docencia en el Capítulo XVI y una vez que su trabajo de tesis titulado:

“SATISFACCIÓN PERCIBIDA DE LA CONSEJERÍA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA DERECHOHABIENTES DE LA UMF 10 DELEGACIÓN AGUASCALIENTES”

Ha sido revisado y aprobado por su tutor y consejo académico, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de:
Especialista en Medicina Familiar

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

ATENTAMENTE
“SE LUMEN PROFERRE”
Aguascalientes, Ags., 27 de Agosto de 2015.

DR. RAÚL FRANCO DÍAZ DE LEÓN
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

c.c.p. C. P. Ma. Esther Rangel Jiménez / Jefe de Departamento de Control Escolar
c.c.p. Archivo



AGUASCALIENTES, AGS. AGOSTO 2015

**DR. RAUL FRANCO DIAZ DE LEON.
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD.**

P R E S E N T E.

Por medio de la presente, le informo que la Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona Número 1 IMSS de la Delegación Aguascalientes:

DR. RENÉ HERNÁNDEZ DE LA ROSA

Ha concluido satisfactoriamente el trabajo de titulación denominado:

"SATISFACCIÓN PERCIBIDA DE LA CONSEJERÍA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA DERECHOHABIENTES DE LA UMF # 10"

Número de registro **R-2015-101-23** del Comité Local de Investigación en salud No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS.**

El Dr. René Hernández de la Rosa asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo cumpliendo con la normatividad en investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular, agradezco a usted su atención enviándole un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E

A handwritten signature in blue ink that reads 'Carlos Alberto Prado Aguilar'.

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR

COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD



AGUASCALIENTES, AGS. AGOSTO 2015

CARTA DE APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TESIS

**COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN SALUD
101 HOSPITAL GENERAL DE ZONA NUMERO 1, AGUASCALIENTES**

**DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
P R E S E N T E:**

Por medio de la presente le informo que la Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona Número 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

DR. RENÉ HERNÁNDEZ DE LA ROSA

Ha concluido satisfactoriamente con el tratado de titulación denominado:

"SATISFACCIÓN PERCIBIDA DE LA CONSEJERÍA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA DERECHOHABIENTES DE LA UMF # 10"

Número de registro: **R-2015-101-23** del Comité Local de Investigación y Ética en investigación en salud No. 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

El Dr. René Hernández de la Rosa asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes de que haga la impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente, quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.

ATENTAMENTE

DRA. EDITH SAUCEDO ROJAS

AGRADECIMIENTOS

A DIOS, ESE PODER SUPERIOR, QUE ME GUIÓ Y CORRIGIÓ POR MI ANDAR PARA CULMINAR ESTA META Y QUE CADA ENSEÑANZA SUYA ES UNA BENDICIÓN Y SUPERACIÓN EN MI VIDA.

A MIS PADRES FELIPA Y ELEAZAR (q.e.p.d.) POR AMARME INCONDICIONALMENTE, POR DARME LA OPORTUNIDAD DE LA VIDA Y DARME TODO LO NECESARIO PARA LLEGAR HASTA AHORA, A ESTE PUNTO EN MI VIDA EN EL CUÁL NO ES MAS QUE EL PROCESO CONTÍNUO DEL MEJORAMIENTO Y DEL ÉXITO.

A MIS HERMANOS RAÚL, URIEL Y LITZY POR SU APOYO INCONDICIONAL, Y QUE A PESAR DE SU EDAD AÚN SIGO APRENDIENDO DE ELLOS.

A LA DRA. ANA HORTENSIA LÓPEZ POR SU DEDICACIÓN Y PACIENCIA, Y POR SIEMPRE CREER EN MÍ.

A LA DRA. EDITH SAUCEDO ROJAS, POR SU ASESORÍA, POR SUS CONSEJOS E INCONDICIONAL AMISTAD.

A TODOS LOS QUE ALGUNA VEZ FUERON MIS PACIENTES POR ENTREGARME SU FÉ Y SU CONFIANZA.

A MIS ENTRAÑABLES COMPAÑEROS DE LA ESPECIALIDAD Y POR SIEMPRE AMIGOS, DE LOS CUALES APRENDÍ MUCHO, Y POR TODOS LOS MOMENTOS BUENOS, MALOS Y MEJORES QUE VIVIMOS JUNTOS.

DEDICATORIA

A MI PADRE, EL DR. ELEAZAR HERNÁNDEZ GALVÁN (Q.E.P.D. 23 /AGO/1969 - 28/ABR/2013), QUIEN DESDE MI INFANCIA ME MOSTRÓ Y ACERCÓ A ÉSTA MARAVILLOSA PROFESIÓN, LA MÁS NOBLE Y HERMOSA DE TODAS, QUIEN ES MI INSPIRACIÓN CADA DÍA, MI EJEMPLO A SEGUIR, Y MI META A SUPERAR.

...GRACIAS POR TODO PAPÁ, TE AMO; ABRAZO Y BESO HASTA EL CIELO.



ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL	1
ÍNDICE DE TABLAS	3
ÍNDICE DE GÁFICAS	4
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	7
CAP. I. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	8
CAP. II. MARCO TEÓRICO	15
2.1 Satisfacción en Salud	15
2.2 Modelo de Creencias de Salud	17
2.3 Teoría de la Acción Razonada	17
2.4 Modelo de Sentido Común.....	18
2.5 Modelo teórico de Leventhal para la percepción de la enfermedad.....	20
2.6 Conceptos relacionados	21
2.7 Estado inicial de la percepción.....	28
2.8 Teorías del desarrollo perceptual.....	28
2.9 Configuración de los estímulos	29
2.9.1 Teoría Gestalt sobre la percepción.....	29
2.9.2 Relación figura-fondo.	31
2.9.3 Ley de Prägnanz	31
2.9.4 La percepción según Bruner.....	31
CAP. III. METODOLOGÍA	34
3.1 Justificación	34
3.2 Planteamiento del problema	35
3.2.1 Características socioeconómicas de la población en estudio	35
3.3 Pregunta de investigación.....	44

3.4 Objetivo general.....	45
3.5 Objetivos específicos.....	45
3.6 Hipótesis.....	45
CAP. IV. MATERIAL Y MÉTODOS.....	46
4.1 Criterios de inclusión.....	46
4.2 Criterios de exclusión.....	46
4.4 Tamaño de la muestra.....	46
4.5 Tipo de muestreo.....	47
4.8 Unidad de análisis.....	47
4.9 Plan de recolección de datos.....	47
4.10 Aspectos éticos.....	47
4.11 Plan de análisis de la información.....	48
4.12 Descripción del instrumento.....	48
4.13 Logística.....	49
4.14 Cronograma.....	50
RESULTADOS.....	51
DISCUSIÓN.....	64
CONCLUSIONES.....	66
BIBLIOGRAFÍA.....	67
ANEXOS.....	72

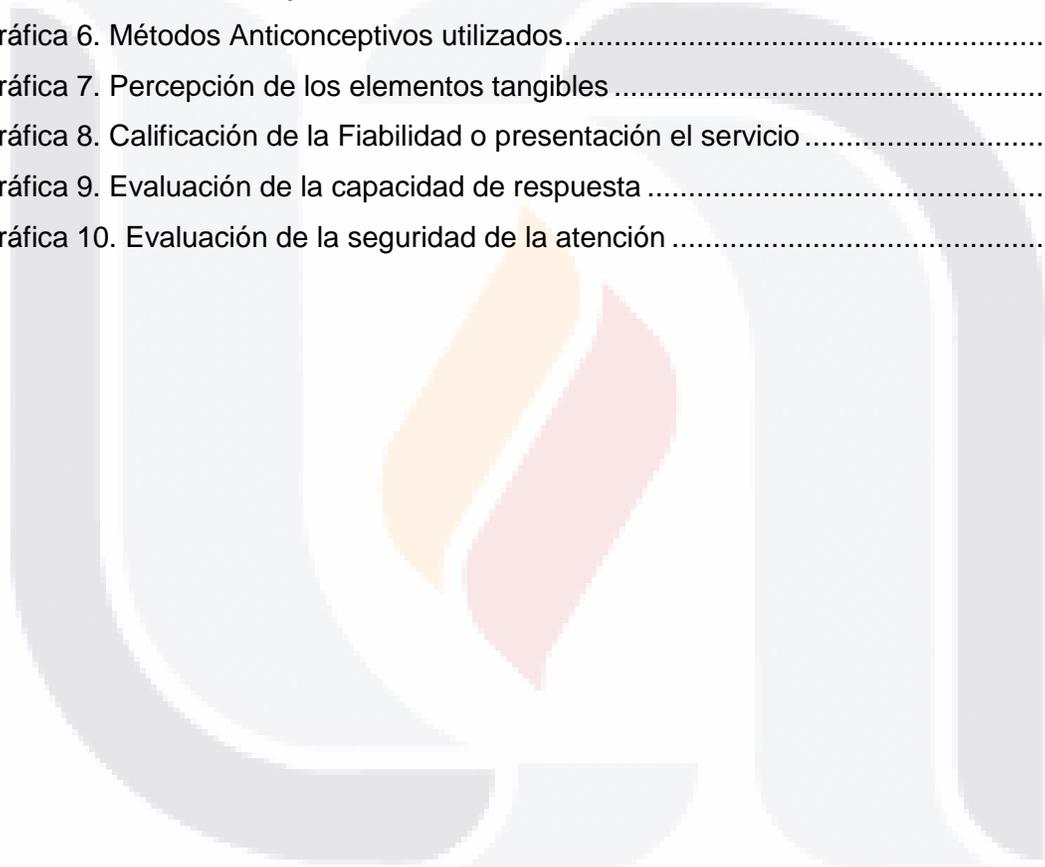
ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Cronograma de actividades.....	50
Tabla 2. Distribución del estado civil	52
Tabla 3. Distribución de la escolaridad.....	52
Tabla 4. Número de embarazos	53
Tabla 5. Número de Hijos.....	53
Tabla 6. Calificación de los aspectos tangibles	56



ÍNDICE DE GÁFICAS

Gráfica 1. Distribución de la edad.....	51
Gráfica 2. Distribución del estado civil	52
Gráfica 3. Distribución de la escolaridad	52
Gráfica 4. Número de embarazos.....	53
Gráfica 5. Número de Hijos	53
Gráfica 6. Métodos Anticonceptivos utilizados.....	54
Gráfica 7. Percepción de los elementos tangibles	55
Gráfica 8. Calificación de la Fiabilidad o presentación el servicio	57
Gráfica 9. Evaluación de la capacidad de respuesta	59
Gráfica 10. Evaluación de la seguridad de la atención	61



RESUMEN

Introducción. La planificación familiar es una forma de pensar y vivir, adoptada voluntariamente por individuos y parejas, basada en conocimientos y actitudes de cara a promover la salud y el bienestar de la familia y de la comunidad. En el IMSS existen servicios de consejería en planificación familiar que incluyen un proceso de análisis y comunicación personal, entre los prestadores de servicios y los usuarios potenciales y activos, mediante el cual se brindan a los solicitantes de métodos anticonceptivos, elementos para que puedan tomar decisiones voluntarias, conscientes e informadas acerca de su vida sexual y reproductiva, así como para efectuar la selección del método más adecuado a sus necesidades individuales y así asegurar un uso correcto y satisfactorio por el tiempo que se desea la protección anticonceptiva. Su importancia radica en que ofrece una forma médicamente satisfactoria de reducir el número de embarazos no deseados, que en otras condiciones, podrían desembocar en la muerte de la madre o en lesiones ocasionadas por procedimientos abortivos peligrosos.

Objetivo. Identificar la satisfacción percibida de la consejería en planificación Familiar en la población femenina en edad fértil (15-49 años) de la Unidad de Medicina Familiar # 10 delegación Aguascalientes.

Material y Métodos. Estudio observacional, descriptivo, transversal con una muestra de 245 mujeres entre 15 y 39 años adscritas a la UMF 10 que asisten a consulta de planificación familiar.

Plan de análisis. Se obtendrán estadísticas descriptivas de variables sociodemográficas como frecuencias, porcentajes y promedios, mientras que para las variables de satisfacción con la consejería se obtendrán igualmente estadísticas descriptivas y graficas de barra y de sector para el análisis visual de la información.

Resultados: La satisfacción para la dimensión de elementos tangibles fue de 66%; en la dimensión de fiabilidad se obtuvo un 68%; la capacidad de respuesta con un 59%; la seguridad con un 84% y finalmente la de empatía con un 53%.

Conclusiones: Se obtuvo que la dimensión mejor evaluada fue en primer lugar la seguridad transmitida por el personal; seguida por la fiabilidad de la prestación del servicio; en tercer lugar las instalaciones físicas; en cuarto lugar la capacidad de respuesta de la institución y en último lugar la empatía mostrada por el personal de salud.

ABSTRACT

Introduction. Family planning is a way of thinking and living, voluntarily adopted by individuals and couples, based on knowledge and attitudes in order to promote the health and welfare of the family and community. IMSS services are family planning counseling including a process of analysis and personal communication between service providers and potential users and assets, whereby applicants contraception, provide elements so they can make decisions voluntary, conscious and informed about their sexual and reproductive lives and to make the selection of the most appropriate method to your individual needs and ensure a proper and successful use by the time the contraceptive protection is desired. Its importance is that it offers a medically satisfactory way of reducing the number of unwanted pregnancies, which, otherwise, could lead to the death of the mother or injuries caused by dangerous abortion procedures.

Objective. Identify the perceived satisfaction of counseling in family planning among women of childbearing age (15-49) of the Family Medicine Unit No. 10 delegation Aguascalientes.

Material and methods. Observational, descriptive, cross-sectional study with a sample of 245 women between 15 and 39 attached to the FMU 10 attending family planning clinics. Analysis Plan. Descriptive statistics for demographic variables as frequencies, percentages and averages are obtained, while for the variables of satisfaction with counseling descriptive statistics and graphs and bar sector for the visual analysis of the information is also obtained.

Results: The satisfaction for the dimension of tangibles was 66%; reliability in the dimension of 68% was obtained; responsiveness with 59%; security with 84% and finally empathy with 53%.

Conclusions: It was found that the best evaluated dimension was first transmitted by the security staff; followed by the reliability of the service; thirdly physical facilities; Fourth responsiveness of the institution and ultimately empathy shown by health personnel.

INTRODUCCIÓN

La salud reproductiva según la OMS es el estado de completo bienestar físico, mental y social, en los aspectos relativos a la sexualidad y la reproducción en todas las etapas de la vida. No es por tanto una mera ausencia de enfermedades o dolencias. La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual segura y satisfactoria, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia (derechos reproductivos). Tanto el hombre como la mujer tienen derecho a estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad seguros, eficaces y asequibles así como a disponer de servicios accesibles de planificación familiar y salud pública que permitan la adecuada asistencia profesional a la mujer embarazada y permitan que el parto se produzca de forma segura y garantice el nacimiento de hijos sanos, es decir, sin discapacidad alguna ⁽¹⁾.

La planificación familiar es una forma de pensar y vivir, adoptada voluntariamente por individuos y parejas, basada en conocimientos y actitudes de cara a promover la salud y el bienestar de la familia y de la comunidad ⁽²⁾. Así, este concepto hace alusión al derecho de las personas a regular su fertilidad; que pensado desde esa óptica, se convierte fundamentalmente en un derecho sexual, pero que a la vez, influye en el cumplimiento de los derechos reproductivos.

La planificación familiar se inserta en el campo de la salud sexual, entendiéndose ésta como la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y que no se incluye como elemento indispensable la procreación, porque en esencia, la sexualidad es una oportunidad para desarrollar los valores de amor, comunicación, responsabilidad y equidad de género ⁽³⁾. En este sentido, los derechos sexuales buscan garantizar la libertad de los seres humanos y tienen como finalidad, que las personas puedan vivir libres de discriminación, riesgos, amenazas y violencia en el campo de la sexualidad y la reproducción. Actualmente la falta de información, o bien, la adquisición de conocimientos erróneos sobre la existencia de anticonceptivos, así como la ausencia de asesoría, la consejería deficiente, la postura de algunas religiones, las barreras para conseguir los métodos anticonceptivos por inexistencia de servicios, los costos, las diferencias culturales y lingüísticas y la inequidad de género representan factores particularmente importantes para el uso adecuado de anticonceptivos. ⁽⁴⁾

CAP. I. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Prieto M. A. en el año 2011, por medio de un estudio cualitativo a partir de 22 entrevistas semi-estructuradas con pacientes en hemodiálisis y diálisis evaluó las vivencias y necesidades de pacientes en diálisis con el objetivo de identificar los puntos críticos del proceso de atención y elaborar propuestas de mejora, obtuvo que los pacientes describen la fase de diagnóstico como el momento más duro por la necesidad de aceptación de la enfermedad. Durante la hemodiálisis, se constata tanto reacciones de adaptación positiva como la percepción de una disminución de la calidad de vida. La técnica de diálisis peritoneal se valora positivamente por permitir una mayor independencia, pese a requerir una mayor responsabilidad de autocuidado. El contacto con una asociación de afectados o la disposición de un servicio de atención psicológica se valoran como elementos de ayuda en el proceso. Respecto a diferentes dimensiones del modelo SERVQUAL, se valora el trato humano y la competencia profesional. Los puntos críticos son: la falta de coordinación, el mal funcionamiento del transporte y la falta de transparencia en la gestión de las listas de espera. Se señalan deficiencias en el trato a cuidadores informales y en el nivel de conocimiento de profesionales de otras áreas diferentes a de la Nefrología, concluyendo que desde la perspectiva de los pacientes nefrológicos, la atención a los aspectos psicosociales, la mejora de aspectos organizacionales como el transporte, así como una mayor atención a los cuidadores informales se identifican como propuestas prioritarias para una mejora del proceso de diálisis (AU).⁽⁵⁾

Cordero N. en el año 2014 realizó una investigación con la finalidad de analizar las características de la calidad percibida en el servicio de neurocirugía de hospitales de Andalucía mediante un cuestionario telefónico basado en el modelo SERVQUAL con la modificación de su caso, con la posterior selección de un subgrupo asociado con neurocirugía. La calidad percibida se clasificó como; calidad técnica, funcional y de infraestructura. Se obtuvo que la satisfacción general fuera 76,3%. Análisis de frecuencias encontró que las variables relacionadas con la calidad técnica (buenos médicos, operaciones exitosas, personal capacitado, etc.) obtienen resultados más favorables. Los relacionados con el tiempo (esperar, consultoría, organización de horarios) obtuvieron peores resultados. El cuidado de las variables de las familias obtiene malos resultados. No hubo diferencias entre los departamentos generales del sistema de atención médica y

de neurocirugía andaluces. En el análisis de media, las mujeres y las personas mayores dieron respuestas más favorables, especialmente para las variables relacionadas con la calidad de la infraestructura, por lo que concluyen que no hay diferencia de calidad percibida entre el sistema sanitario andaluz en general y los departamentos de neurocirugía. La calidad percibida del sistema sanitario andaluz es mayor en las personas de edad avanzada. El análisis de la calidad percibida es útil para la promoción de proyectos para mejorar la gestión clínica. ⁽⁶⁾

Carpio C. en el año 2008 a través de un estudio descriptivo y transversal con una muestra de 248 pacientes de los consultorios externos de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza de Lima, seleccionados a través de muestreo aleatorio sistemático. Se usó el cuestionario Servqual modificado que mide el nivel de satisfacción del usuario mediante la diferencia entre las expectativas y las percepciones, con el objetivo de determinar la calidad de servicio en los consultorios externos de medicina interna de un hospital general según la satisfacción percibida por los usuarios, encontrando que el 66,94 por ciento de los pacientes fue del sexo femenino; 85,48 por ciento entre 29 y 64 años; 84,68 por ciento con instrucción secundaria superior y sin cobertura de seguro de salud. Encontramos en total 44,36 por ciento de satisfacción y satisfacción amplia. Asociado con satisfacción global se encontró: sexo, grupo etario y nivel de instrucción; la satisfacción en la dimensión tangible se encontró asociadas con el grupo etario; la satisfacción en la dimensión confiabilidad estuvo asociada con el grupo etario, nivel de instrucción, tiempo de llegada, zona de residencia y estrato social; la satisfacción en la dimensión respuesta rápida estuvo asociada con la zona de residencia; la satisfacción en la dimensión seguridad, con el grupo etario y zona de residencia; y la satisfacción en la dimensión empatía estuvo asociadas con el grupo etario y nivel de instrucción, por lo que se concluye que las pacientes mujeres tuvieron mayores niveles de insatisfacción global y en la dimensión seguridad que los varones. La edad de 18 a 20 años fue un factor asociado a mayores niveles de insatisfacción global y con las dimensiones tangibles, confiabilidad, seguridad y empatía. La edad mayor de 65 años fue un factor asociado a satisfacción global y en las dimensiones tangibles, confiabilidad, seguridad y empatía. La instrucción secundaria o superior fue un factor asociado con insatisfacción global. ⁽⁷⁾

Gómez S. en Marzo del 2012 elaboró una investigación con el objetivo de conocer el grado de satisfacción de los pacientes hospitalizados en un geriátrico por medio de un estudio descriptivo observacional con una muestra de 159 encuestados a los que les aplicó la escala SERVQUAL adaptado a su problema de estudio, se obtuvo que la atención recibida fue valorada como buena y muy buena en el 92%. Valoración de Medio Ambiente buena o muy buena 75,6%. Actitud profesional siempre casi siempre 82,9%. 89.30% recomendaría el hospital y el nivel de satisfacción general de 52,20% muy satisfecho. Los encuestados que expresaron satisfacción general muy satisfecho y muy contento señalado a sentir confianza y seguridad casi siempre y siempre ($p = 0,0009$). Por lo que se concluyó que los niveles generales de satisfacción han sido altos. En general evaluaron como bueno o muy bueno la atención de los profesionales. En cuanto a la actitud de los profesionales se mostraron satisfechos o muy satisfechos. ⁽⁸⁾

Elorreaga Baudouin Y. G. y García Montalva M. S. realizó un estudio prospectivo, descriptivo de corte longitudinal aplicado en el Programa de Planificación Familiar del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en Agosto – Noviembre 2011 con una muestra de 114 usuarias seleccionadas de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión por medio de un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se realizó una encuesta con preguntas sobre los conocimientos y las actitudes hacia el los métodos de planificación familiar, encontrando que La gran mayoría de usuarias presentó una actitud favorable (más del 70%) frente al uso del método. Según los resultados obtenidos en las pruebas de conocimientos, de las 14 preguntas de conocimientos, planteadas, en 6 de ellas no se encontró un aumento significativo de conocimientos, a pesar de que se les brindó la consejería concluyendo así que los conocimientos adecuados y las actitudes positivas están asociados al tipo de consejería que se les brinda. ⁽⁹⁾

Romero Quispe Sara. E. por medio de un estudio observacional, descriptivo transversal entrevistó a 120 mujeres usuarias del servicio de planificación familiar que han aceptado el uso de algún método anticonceptivo excepto la T de cobre, de las cuales 13 mujeres habían sido usuarias de T de cobre y 107 mujeres usuarias de otros métodos. Se encontraron estadísticamente significativas las siguientes percepciones: el proveedor de salud no brinda información suficiente del dispositivo intrauterino ($p=0.017$), no incluye el dispositivo intrauterino en la consejería ($p=0.012$) y no dispone de tiempo suficiente para

dar consejería ($p=0.007$). Se encontraron estadísticamente significativas las siguientes actitudes: para la utilización de algún método de planificación familiar, interfiere la decisión de la pareja ($p=0.033$), algún familiar o amigo(a) ($p=0.006$), la sugerencia del proveedor de salud ($p=0.00$); la aceptación de la religión al uso del dispositivo intrauterino se relaciona con el rechazo al uso por la usuaria ($p=0.001$). Concluyendo que La atención del proveedor de salud que provoca rechazo al uso: no se brinda información suficiente, no hay inclusión del dispositivo intrauterino en la consejería y no se dispone el tiempo suficiente para la consejería de la T de cobre. Las actitudes que provocan rechazo al uso son: Interferencia de la pareja, de algún familiar y/o amiga o del proveedor de salud para decidir el método anticonceptivo a usar; además la aceptación de la religión no influye en la actitud de las usuarias que rechazan la T de cobre. ⁽¹⁰⁾

Fatima estrada Mcs (11) a través de un estudio con un diseño de casos y controles, entrevistaron 193 mujeres divididas en aquellas que son usuarias de PF y (147) y mujeres que no son usuarias (146) durante los últimos tres años, se estudiaron aspectos relacionados con el poder de decisión de la mujer, apoyo para uso de anticonceptivos, rechazo a la violencia, equidad de roles de género y autonomía en las relaciones sexuales, se encontró que el uso de servicios de PF se asoció positiva y significativamente con poder de decisión de la mujer (alto: $RM=3.2$; $IC95\%$ 1.4-7.4); comunicación con la pareja para el uso de métodos de PF ($RM =3.5$; $IC95\%$ 1.4-9.3), y número de embarazos en su vida (> 6 hijos: $RM =4.4$; $IC95\%$ 1.4-13.8). concluyendo que el haber encontrado relación entre la utilización de servicios de PF de la SSA con dos componentes del empoderamiento femenino, así como con la comunicación con la pareja, apoya la hipótesis de que un mayor empoderamiento de la mujer y una mayor comunicación con su pareja contribuirán a lograr una relación más equitativa. A su vez, esto hará más factible que la toma de decisiones sobre cuestiones reproductivas se lleve a cabo de una forma más informada y compartida. Por lo tanto, el desarrollo de estrategias que involucren a los hombres a la vez que fomenten y fortalezcan el empoderamiento femenino, contribuye a obtener mejores vías para la promoción del uso de servicios de PF.

Núñez Rocha G. M. por medio de un estudio cuasi experimental seleccionó 62 adolescentes embarazadas que se integraron en dos grupos de intervención, el modelo PRECEDE y el de Creencias en Salud (MCS). Se aplicaron pruebas estadísticas no paramétricas y se estimaron intervalos de confianza de 95% para identificar los factores de riesgo modificables para elaborar dos estrategias educativas con base en dos modelos diferentes y comparar el efecto en las adolescentes embarazadas, mediante el conocimiento y la utilización de métodos de planificación familiar. Se encontró que el promedio de conocimiento inicial en el grupo MCS fue de 69,12 puntos (IC95% 63,27-74,97) y al final 89,71 puntos (IC95% 86,24- 93,17), mientras que el inicial del grupo PRECEDE fue de 49,39 puntos (IC 95% 42,24- 56,54) y al final de 75,25 puntos (IC 95% 71,12- 79,38). En el puerperio inmediato el 93% (IC 95% 83,5-100) de las adolescentes del grupo PRECEDE aceptaron el uso de un método de planificación familiar, similar al empleado por el grupo MCS, de 94,2 (IC 95% 86,3-100). En cuanto a la continuidad en el uso del método, es decir dos años después, el efecto de la estrategia PRECEDE fue superior al del MCS, 92% (IC 95% 82-100) y 72% (IC 95% 56,9-87,1) respectivamente. Se obtuvo que la diferencia entre modelos en lo concerniente a la utilización de métodos de planificación familiar a los 2 años. Se propone el programa PRECEDE como estrategia educativa para prevenir un segundo embarazo en mujeres adolescentes. ⁽¹²⁾

León Palacios S. E. elaboró un estudio de tipo cualitativo, descriptivo analítico con la finalidad de conocer las costumbres que influyen en la elección de métodos anticonceptivos modernos reversibles, en usuarias del servicio de Planificación Familiar del centro de salud San Fernando; así como también analizar los factores externos a las costumbres que influyen en el uso continuo de métodos anticonceptivos para el cuál se entrevistó a 10 informantes claves usuarias del servicio de planificación familiar del centro de salud "San Fernando"; en quienes se indago que costumbres influyeron en la elección de métodos anticonceptivos de planificación familiar a través de entrevistas a profundidad. Se obtuvo que Las precondiciones relacionadas a la elección de métodos anticonceptivos modernos reversibles se basan principalmente a daños posibles al uso, evitar los menores efectos adversos conocidos como también teniendo la seguridad de su eficacia experimentando su menstruación mensualmente. Lo que motiva el uso es principalmente las características inherentes del método (método simple, económico, independiente del

coito, que requiera una intervención médica mínima y menor responsabilidad por parte de quien lo usa). La aceptabilidad inicial se valora principalmente las características que motivo el uso, como también la aceptación de la pareja para el uso continuo del método. El uso continuo, se relaciona con la satisfacción al uso y la motivación que les brinda el proveedor; que se ve afectado por el desabastecimiento del método, optando por la Depoprovera como opción de uso ante esta situación así cursen amenorrea. Concluyendo así que Las principales costumbres que ejercen mayor influencia sobre la elección de un método anticonceptivo moderno reversible son: la presencia de la menstruación, el rol pasivo de la mujer en el cuidado de su salud reproductiva y la dependencia mujer –marido que influyen en la elección del método, como también en su uso continuo. En la elección de un método anticonceptivo moderno reversible hay inequidad de género, desfavorable al sexo femenino por la sobrecarga de roles, deseando un método simple, que le brinde menos preocupaciones y no intervenga en su rutina de vida. El tiempo de protección prolongado, menos visitas al centro de salud y que necesite menor intervención médica motivan la elección tanto como el uso continuo del método anticonceptivo moderno reversible, también este uso continuo se relaciona directamente con la aprobación de uso por la pareja.⁽¹³⁾

Ivette Mata en 2014 elaboro una investigación con el objetivo de determinar los factores asociados a la baja cobertura de planificación familiar (PF) en las Mujeres indígenas, en edad fértil (15 a 49 años), con vida sexual activa (MIFVSA), de San Ildefonso, Amealco usando un estudio de casos y controles 1:1. Se trabajó con el universo (MIFVSA), los casos fueron 174, originarias y residentes de San Ildefonso, con uso de MPF. Los controles fueron 174, originarias y residentes de San Ildefonso, no usuarias de MPF. Mediante encuesta estructurada (17 preguntas) encontrando que de 348 MIFVSA, 174 casos y 174 controles de las variables socio demográficas: casadas el 62.8 %, analfabetas 25%, ocupación al hogar 46 %, católicas el 89%, con más de 4 hijos el 47.8%. De las variables relacionadas a los servicios de salud SESEQ ¿CS San Ildefonso el 73.4% vive a menos de una hora del CS, el 62.7% conocen el horario de atención, el 70% esperan más de 60 minutos para atención de PF, el 71% no acude al CS por su método y el 62.8% no saben que el programa de PF es gratuito. Las variables asociadas a la baja cobertura de PF, son: El no estar casadas (OR 2.95, p 0.00002, e IC 1.83-4.77), No saber de la gratuidad del programa de PF (OR 2.65, p 0.00002, e IC 1.68-4.21), el no acudir por

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

método de PF (OR 13.9, p0.00002, e IC 7.44-26.62). Obteniendo que los factores asociados a la baja cobertura de planificación familiar en mujeres indígenas en edad fértil son el estado civil, el conocimiento del horario de atención y la gratuidad de la atención de planificación familiar y acudir al servicio médico por su método de planificación familiar. ⁽¹⁴⁾

Orihuela A. en 2011 mediante un estudio descriptivo transversal evaluó la calidad de la atención del servicio de Planificación Familiar de un Hospital en Lima, Perú, obtuvo que el consultorio de planificación familiar cumple con el 88.8% de las características deseadas para un buen funcionamiento. El 100% de las observaciones en el área de espera no existe un lugar específico para la acogida de los niños. No se brinda una atención completa del servicio de planificación familiar. La edad promedio de las usuarias en promedio fue de 25.82+/-7.9 años, siendo el grupo de 21-26 años es el más frecuente con 29%, además el 85% de las usuarias tiene grado de instrucción secundaria o superior. El 85% de las usuarias manifiesta que los horarios de atención son convenientes, La gran mayoría de las usuarias (96%) manifiesta que el tiempo de espera fue aceptable. El 100% de las usuarias manifiesta que espero menos de 15 minutos para su atención, por lo tanto, La calidad de la atención del servicio de planificación familiar en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión es adecuado; falta comparación con otros establecimientos de salud que brindan mejores servicios. No se desarrollan actividades en el área de espera para educar o entretener a las usuarias, además de no contar de un espacio para la acogida de los niños de las usuarias mientras estas hagan su consulta o consejería. No se brinda una total consulta/consejería de planificación familiar que involucre no solo métodos anticonceptivos. Con respecto a los procedimientos administrativos que giran en torno a la atención el tiempo de espera fue adecuado (en el 85%) y se percibió comodidad en los establecimientos de salud en el 100%, además de buen trato por parte del proveedor de salud en un el 100%. ⁽¹⁵⁾

CAP. II. MARCO TEÓRICO

2.1 Satisfacción en Salud

Según Donabedian, la satisfacción de los pacientes es uno de los resultados humanísticos, así mismo, la aprobación final de la calidad de la atención y refleja la habilidad del proveedor para atender las necesidades de los pacientes, usuarios. En este sentido, se considera que los pacientes satisfechos continuarán usando los servicios de salud, mantendrán vínculos específicos con los proveedores, cumplirán con los regímenes de cuidado y cooperarán con el aporte de información indispensable para los agentes de salud. ⁽¹⁶⁾

La preocupación por la satisfacción del paciente está condicionada porque esta se relaciona significativamente y funcionalmente con conductas de salud específicas (desde el cumplimiento de las prescripciones hasta el seguimiento de los resultados, o incluso, conductas preventivas de la enfermedad). Al hablar de satisfacción, es importante tener en cuenta la distinción entre satisfacción general, referida al grado de satisfacción del paciente con los cuidados de salud recibidos, y la satisfacción específica, que es el grado de satisfacción respecto a la utilización de un servicio concreto, o respecto a aspectos concretos de los servicios recibidos. ⁽¹⁶⁾

La orientación de los servicios hacia las demandas de quienes los utilizan está cada día más presente en las propuestas de profesionales, gestores y planificadores del ámbito sanitario. Actualmente y desde corrientes cercanas al marketing, surgen propuestas de control de la calidad de los servicios a partir de la opinión de los usuarios que los utilizan. En esta línea, el análisis de la opinión de los usuarios incorpora la perspectiva de los ciudadanos en el marco global de la evaluación de los programas de salud. En estudios revisados sobre satisfacción y calidad, se concluye que en general los usuarios están globalmente satisfechos con los servicios que reciben, pero al ir a temas más concretos como información, trato o amabilidad esta satisfacción disminuye. ⁽¹⁶⁾

Donabedian agrupa en tres categorías los componentes fundamentales del servicio, susceptibles de generar satisfacción: componente técnico, componente interpersonal, y componente del entorno y sus comodidades. ⁽¹⁶⁾

Para Cantú (2001) la satisfacción del cliente es la percepción que los clientes externos tienen acerca de los productos y servicios que proporciona la compañía se buscan evidencias sobre los parámetros claves que utiliza la empresa para medir su desempeño e impulsarse hacia un estado de excelencia. Por otra parte la norma ISO 9000:2000 define satisfacción del cliente como la percepción del mismo sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos. Por lo tanto las empresas excelentes deben medir su desempeño de los competidores, así como de las mejores empresas que utilicen procesos productivos y/o administrativos similares, estableciendo lo que percibe el cliente respecto a sus productos y/servicios y si realmente están satisfechos o no. ⁽¹⁷⁾

Debido a la importancia de la satisfacción del cliente para las empresas e instituciones en general, surgieron herramientas para medir la calidad en el servicio y así conocer el nivel de satisfacción de los mismos; tal como la herramienta SERVQUAL; misma que fue desarrollada por Zeithaml, Parasuraman y Berry (1993) donde se evalúan los factores claves para determinar la calidad del servicio prestado. En la figura 1 se muestra el modelo de evaluación del cliente sobre la calidad del servicio en que se basa la metodología SERVQUAL.

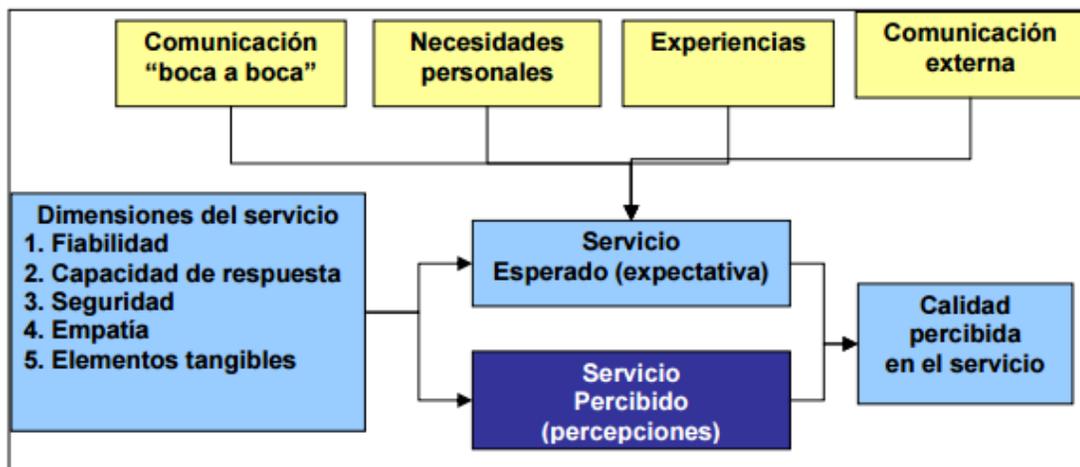


Figura 1. Modelo de evaluación del cliente sobre la calidad del servicio

2.2 Modelo de Creencias de Salud

El Modelo de Creencias de Salud es uno de los modelos iniciales en el cual se establece que las conductas de protección están en función de la percepción subjetiva que tenga el individuo hacia la enfermedad, la gravedad percibida de la enfermedad, las barreras percibidas por el individuo que puedan disminuir la disponibilidad de alternativas de solución y las señales de atención relacionada con los costes o beneficios que se pueden generar a partir de la modificación de conducta del individuo¹⁰. Por tanto, la cognición tiene un papel fundamental en las conductas de protección y de igual forma en la intención de cambio de conducta, teniendo en cuenta Modelos teóricos que el modelo enfatiza en diferentes factores psicosociales como la influencia del apoyo social, las expectativas y la toma de decisiones; es decir, que lo fundamental en los procesos que realizan los individuos es la percepción subjetiva que se tenga frente a un fenómeno.⁽¹⁸⁾

Paéz, Ubillos, Pizarro y León (1994) plantean que la percepción de la gravedad de la enfermedad no necesariamente lleva a la emisión de conductas preventivas frente a la misma. Para tener un comportamiento saludable es fundamental que la persona sienta que está amenazada, se sienta susceptible a la situación o enfermedad y que la evaluación que realice sobre las ganancias de su conducta sean mayores que los costos que implica modificar su comportamiento; a su vez, debe existir un factor desencadenante para iniciar la conducta de protección. Por tanto, la susceptibilidad, la severidad y el beneficio son conceptos claves en el autocuidado en salud. La susceptibilidad está determinada por el conocimiento previo de la existencia de la enfermedad; la severidad incluye la evaluación sobre el pronóstico de la enfermedad y las alternativas de control o cura sobre la enfermedad.⁽¹⁸⁾

2.3 Teoría de la Acción Razonada

La Teoría de la Acción Razonada enfatiza en la importancia de las creencias y las actitudes de las personas frente a un fenómeno para el cambio de conducta. A su vez, los autores incluyen como variable fundamental la norma subjetiva, es decir, la creencia percibida de una persona sobre el comportamiento adecuado en función de su grupo social de referencia. De igual forma, se fundamenta en la posibilidad de generar cambios

en el comportamiento a partir de los cambios en la estructura cognitiva; aunque la conducta sea la misma entre dos personas pueden darse diferentes creencias o ideas para llegar a una misma conclusión sobre una situación determinada, siendo común los constructos teóricos y los procesos psicológicos que se realicen o utilicen. Con base en los planteamientos anteriores, la Teoría de la Acción Razonada, permite predecir la intención de conducta de una persona en función de sus creencias, de su norma subjetiva y la motivación que tenga para su autocuidado. Es importante mencionar la importancia del contexto para la emisión de conductas saludables y la búsqueda de aprobación por parte del individuo en función de su grupo de referencia y la ponderación que le atribuye a cada persona para tomar decisiones sobre su comportamiento. ⁽¹⁹⁾

2.4 Modelo de Sentido Común

El Modelo de Sentido Común, también conocido como Modelo de Autorregulación de la Enfermedad o Modelo de la Percepción de la Enfermedad comenzó a esbozarse a principios de los años cincuenta del siglo XX por un grupo de investigadores tales como Hochbaum, Kegeles, Leventhal y Rosenstock, que pertenecían al Public Health Service de Estados Unidos y tenían una orientación fenomenológica basada en las teorías de Kurt Lewin. Este modelo surge entonces desde una perspectiva de investigación aplicada, en el ámbito de la sociología de la educación, más que de un marco estrictamente teórico de la psicología. En sus principios el enfoque era psicosocial, y enfatizaba en la prevención, es decir en las conductas de evitación de la enfermedad, y en los años setenta se enfocó en el tratamiento en los pacientes en los síntomas manifiestos. A partir del *Modelo de la Teoría Racional de las Creencias*, desarrollada por Hochbaum, Leventhal, Rosenstock en los años cincuenta, pero que se hizo público en la década de los setenta, surge el *Modelo de Creencias de Salud de Becker*. ⁽²⁰⁾

El modelo de Becker, desarrollado en 1974, sugiere que una persona adoptará o no una acción de salud en función de su grado de interés con respecto a la problemática de salud (motivación de salud), y de las percepciones sobre: 1. Susceptibilidad o vulnerabilidad de la enfermedad; 2. Gravedad percibida de las consecuencias en caso de contraerla; 3. Beneficios potenciales de la acción respecto a la prevención o reducción de la amenaza y de la gravedad percibida; 4. Los costos y barreras físicas, psicológicas y , etc. Para llevar

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

a cabo la acción. En contraposición a este modelo de *Creencias en Salud* surgieron otros alternativos, como la *Teoría de la Acción Razonada y la Conducta Planificada*, de Ajzen y Fishbein en 1975; la *Teoría de la Motivación Protectora*, de Rogers, en 1975, y Harris y Middleton, el 1995; el *Modelo de Adopción de Precauciones*, de Weintstein en 1998; el *Modelo de Acción a favor de la Salud*, de Schwarzar en 1992, y la *Teoría de la Acción Social*, de Ewart en 1991. ⁽¹⁹⁾

Siguiendo el modelo de Howard Leventhal, es sólo a partir de 1980 y en años posteriores que este autor desarrolla un modelo cognitivo de la enfermedad denominado *Modelo de la Autorregulación de la Enfermedad*. El modelo de Howard Leventhal identifica los factores involucrados en la elaboración de las informaciones de parte del paciente relacionado con su enfermedad, la manera como la información viene integrada para crear una visión de conjunto de la enfermedad, y cómo ésta guía la planificación de estrategias de afrontamiento e influye sobre la recuperación funcional. ⁽²⁰⁾

El Modelo propone un estímulo (un síntoma) genera tanto una representación cognitiva como una representación emocional de la enfermedad y una amenaza para la salud. Estas representaciones guían la definición de objetivos de acción y la acción misma, y por lo tanto la adopción de diversos comportamientos o estrategias de afrontamiento. Por ello, la percepción de la realidad de la enfermedad es el resultado de dos procesos paralelos uno cognitivo y uno emocional, a través del cual todas las informaciones recogidas, por múltiples concretas y abstractas, vienen sintetizadas en representación de enfermedad que temporalmente explica, y que le da un sentido y un significado subjetivo. Factores internos y externos al individuo que comprenden su historia, la personalidad, y los aspectos demográficos y ambientales, contribuyen a la formación de representaciones de la enfermedad.

Este modelo lo derivó de su trabajo a partir del impacto en la comunicación que tenían los pacientes sobre el temor a la enfermedad. Leventhal descubrió que independientemente del nivel del temor el mensaje resultaba efectivo si producía un plan acción. Esto lo llevo a inferir que el factor clave era el modo en el cual se representaba o se comprendía la amenaza; así, desarrollaron un modelo de procesamiento dual para acomodar las representaciones cognitivas y emocionales de la amenaza. El supuesto básico de ésta es

la consideración del paciente como un procesador activo que construye o elabora una definición de su enfermedad, y que en función de esta representación regula su comportamiento. Su modelo buscaba, entonces, explicar uno de los problemas más importantes de la salud: la falta de seguimiento o adherencia de los pacientes a los tratamientos médicos y a los programas de prevención, y a los programas de prevención de la enfermedad. Leventhal a partir de sus investigaciones (1980-1983), remodeló su modelo teórico de autorregulación compuesto de las siguientes etapas. ⁽²⁰⁾

Etapas del procesamiento que consta de tres fases: 1. Definición o representación de la enfermedad y de la emoción que lo acompaña; 2.- Planificación, selección y ejecución de respuestas para enfrentar la amenaza objetiva de la enfermedad, y las reacciones emocionales que ésta suscita; y 3. Evaluación, que consiste en determinar si las estrategias de afrontamiento han logrado consecución de las metas establecidas. La información derivada de ésta última etapa aporta un modelo de retroalimentación sobre las anteriores, y de ese modo puede alternar las estrategias de afrontamiento del individuo o la forma en que representa la enfermedad.

Existencia de dos canales paralelos en el sistema de procesamiento: el primero da lugar a la elaboración de una representación objetiva de la enfermedad y al desarrollo de respuestas de afrontamiento para controlarla, y el segundo sistema que supone el procesamiento de reacciones emocionales provocadas por la enfermedad y la puesta en práctica de estrategias de afrontamiento para controlar esas emociones.

Se trataría entonces de dos sistemas reguladores (un objetivo o informacional y otro afectivo) independientes pero interactuantes propugnando así la independencia entre cognición y afecto. ⁽²²⁾

2.5 Modelo teórico de Leventhal para la percepción de la enfermedad.

Una tarea importante para la investigación de la percepción en materia de la salud, es entender los factores que influyen en el compromiso, de un individuo a un régimen médico, o el comportamiento de la salud para la gestión de la enfermedad. Modelos

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

sociales cognitivos proporcionan un marco teórico para el estudio del comportamiento de la enfermedad.

Un modelo teórico que se ha ocupado de cómo influyen los factores cognitivos del proceso de cómo hacer frente a la enfermedad, los comportamientos y los resultados, es el modelo de “sentido común” (MSC) de las representaciones de la enfermedad propuestas por Leventhal, Meyer, y Nerenz en 1980.

El MSC identifica los factores que intervienen en el procesamiento de la información por el paciente con respecto a su enfermedad o a la enfermedad, cómo esta información se integran para proporcionar un punto de vista de la enfermedad y cómo este punto de vista guía las conductas de afrontamiento y los resultados. El modelo ha sido adoptado en el desarrollo de instrumentos para aprovechar las representaciones cognitivas de la enfermedad y se utiliza para examinar cómo estas cogniciones influyen en las estrategias de afrontamiento adoptadas y los resultados en las personas con la enfermedad y la enfermedad. ⁽²¹⁾

2.6 Conceptos relacionados

Consejería

“Un encuentro entre seres humanos, donde el consejero no antepone su deseo, permitiendo a la o el usuario plantear sus necesidades y resolverlas, dentro de un marco de respeto y calidez en el servicio”. La consejería no consiste en dar consejos, ni en manipular a la persona para que haga lo que consideramos tiene que hacer, tampoco debe confundirse con una entrevista en donde únicamente se proporciona información. ⁽²³⁾

Objetivo

Dar información sobre un tema específico y ayudar a la persona a clarificar sus pensamientos y/o emociones para lograr una posible solución al problema planteado.

Características

-Requiere estar focalizada.

Se trabaja un solo tema con el fin de identificar la problemática.

-Se ofrece cara a cara.

Debe realizarse en persona para facilitar la interacción.

-Proporciona información veraz y suficiente.

De acuerdo a la necesidad y conocimientos del usuario

-Requiere de un espacio físico que permita la confidencialidad.

Para que el usuario pueda expresar sus emociones.

-Tiempo de duración acotado.

La consejería no debe exceder de 45 minutos y de 10 sesiones como máximo.

-No directiva.

El consejero debe dirigir la sesión de forma sutil, buscando conocer la demanda real del usuario, favoreciendo un ambiente que facilite el diálogo entre ambos.

-El consejero no juzga.

Es necesario evitar enjuiciar, etiquetar y regañar a la persona, lo que permitirá crear una atmósfera de cordialidad, entendimiento y respeto.

-Conserva la confidencialidad.

Es necesario evitar enjuiciar, etiquetar y regañar a la persona, lo que permitirá crear una atmósfera de cordialidad, entendimiento y respeto.

¿Cómo debe hacerse la consejería?

El consejero:

- Saluda de mano al usuario y lo recibe con cordialidad; se presenta dando su nombre.
- Habla al usuario por su nombre.
- Identifica la forma en que se comunica el usuario, con el fin de ser empático.
- Crea un ambiente cordial.
- Pregunta el motivo de la visita en un tono amable.
- Identifica el problema medular.
- Identifica qué tipo de información tiene y requiere el usuario.

- Ofrece alternativas para la solución del problema.

La consejería ha de adaptarse a la demanda tanto de las personas, como de sus parejas y familiares, pues todos ellos tienen preocupaciones, sentimientos y necesidades similares, aunque cada uno puede requerir distintas formas de apoyo.

Aptitudes básicas para proporcionar consejería:

a. Escucha activa

- Prestar atención a todo lo que dice, hace y expone el usuario.
- El contacto visual hacia el usuario le indica que realmente estamos interesados en lo que nos dice y le expresa que lo entendemos.

b. Respetar valores, creencias y estilos de vida

- Entender y aceptar a las personas tal como son.
- Respetar sus creencias.
- Respetar su preferencia sexual y estilo de vida.

El consejero no necesariamente tiene que estar de acuerdo con los valores, creencias y estilos de vida del usuario, pero debe recordar que no se trata de imponer su propia concepción al otro, sino de actuar de manera objetiva haciendo a un lado prejuicios personales que dificulten el proceso de la consejería.

c. Lenguaje claro

- Dar respuestas concretas que se ajusten a la situación personal.
- Utilizar términos sin tecnicismos.
- Proporcionar información clara.
- Corregir ideas erróneas de manera sensible.

d. Usar el silencio adecuadamente

- Aprovechar los silencios que haga el usuario, ya que le permiten reflexionar.

El silencio puede generar angustia al consejero, sobre todo si es prolongado, sin embargo, en algunas ocasiones, es necesario esperar a que el usuario tome la palabra.

e. Lenguaje corporal

Es importante que el consejero esté pendiente de las posturas y movimientos del usuario, en diferentes momentos de la consejería, permite darnos cuenta si está prestando atención y entendiendo la información.

De igual manera debe el consejero registrar su propio lenguaje corporal, pues el usuario también hace su propia lectura, por lo que debemos tomar en cuenta:

- Tener contacto visual hacia el usuario: Indica nuestro interés.
- Tener una postura corporal cómoda y relajada, evitar movimientos que demuestren inquietud o impaciencia.
- Expresión facial: Evitar gesticular o una expresión rígida. F. Preguntas abiertas e indagación
- Utilizar preguntas abiertas que estimulen al usuario a hablar.
- Evitar preguntas cerradas que sólo den cabida a “sí” o “no” como respuesta; así como a preguntas que empiecen con “¿por qué?”, ya que el usuario puede sentirse enjuiciado.
- Indagar para ayudar a que el usuario exprese sentimientos y nos brinde información más clara.

g. Facilitar la resolución de problemas

- Hacer notar al usuario que tiene las herramientas necesarias y el potencial de elegir y decidir lo que más le conviene.
- Hacer notar las consecuencias de la decisión tomada.
- Recordar que el consejero está ahí para ayudar en el proceso del usuario, no para resolver y decidir.
- No pretender hacerse cargo de las situaciones y decisiones que sólo corresponden al usuario.

Tener presente que la persona que recibe la consejería es dueño de sus propias decisiones, por ello el consejero no asumirá responsabilidad alguna.

h. Centrarse en un tema

- Evitar que el usuario se disperse, procurar que hable de un solo tema a la vez.
- Fijar la atención en el tema que se está tratando.
- En caso de que el usuario tenga deseos de hablar de temas ajenos a la consulta, debe considerarse la posibilidad de referirlo a otros servicios.

¿Quiénes pueden hacer la consejería?

Profesionales de la salud y personas capacitadas con información, experiencia y adecuado manejo de emociones. La consejería, aun cuando se realice por un profesional, no es psicoterapia; para dar una terapia es necesario ser psicólogo y tener un entrenamiento específico.

Cualidades para ser consejero

f. Honestidad

Hablar al usuario sobre su situación real, evitar simplificar o minimizar los hechos y no generar falsas expectativas. No dar al usuario falsas expectativas sobre su situación y mantenerlo en contacto con la realidad.

b. Congruencia

Es la coincidencia y equilibrio entre lo que se piensa (ideología) se dice (palabra), se siente (emociones y sentimientos) y se actúa (conducta).

c. Aceptación

Aceptar que las personas piensan, sienten y actúan de forma diferente. Respetar sus creencias, estilos de vida, costumbres, cultura y diversidad sexual.

d. Sensibilidad

Es la capacidad de vivenciar las emociones que genera el usuario. (Ternura, tristeza, alegría, enojo).

e. Empatía

Situarse en la posición de la otra persona y comprender cómo se siente, “es ponerse en los zapatos del otro”; no debe confundirse con la lástima.

f. Creatividad

Es el uso de los recursos profesionales que tiene quien da la consejería para facilitar el trabajo que realiza con el usuario. ⁽²³⁾

Percepción

Al intentar definir percepción, el término puede ser subjetivo y es importante analizar el concepto.

Aristóteles (siglo IV a.C.) afirma que “no hay nada en la mente que no haya pasado antes por nuestros sentidos; por su parte, Locke (siglo XVIII), refería “los sentidos

proporcionan ideas simples; pero estas ideas se convierten progresivamente en ideas complejas, cada vez en orden más elevado por medio de procesos de asociación”; Y. J. Müller (1801-1858), estableció su ley sobre “la energía específica de las fibras nerviosas sensoriales”; según esta ley nuestra percepción depende tanto de la conexión de los nervios sensoriales como del estímulo que los activa.⁽²⁴⁾

Sobre la percepción se ofrecen diversas definiciones que han ido evolucionando hacia la implicación de las experiencias y los procesos internos del individuo. El planteamiento ecologista de Gibson defiende en su teoría que la percepción es un proceso simple; en el estímulo está la información, sin necesidad de procesamientos mentales, internos posteriores. Dicho planteamiento parte del supuesto del que en las leyes naturales subyacentes en cada organismo están las claves intelectuales de la percepción como mecanismos de supervivencia, por tanto, el organismo solo percibe aquello que puedes aprender y le es necesario para sobrevivir.

Según la psicología clásica de Neisser, la percepción es un proceso activo-constructivo en el que el perceptor, antes de procesar, la nueva información y con los datos archivados en su conciencia, construye un esquema informativo, anticipatorio que le permite contrastar el estímulo y aceptarlo o rechazarlo, según se adecue o no a lo propuesto por el esquema. Se apoya en la existencia del aprendizaje.⁽²⁵⁾

Para la psicología moderna, la interacción con el entorno no sería posible en ausencia de un flujo informativo constante, al que se denomina percepción. La percepción puede definirse como el conjunto de procesos y actividades relacionados con la estimulación que alcanza a los sentidos, mediante los cuales obtenemos información, respecto a nuestro hábitat, las acciones que efectuamos en él y nuestros propios estados internos. Esta definición presenta dos partes bien diferenciadas referidas respectivamente a: 1) El tipo de información obtenida y 2) La forma en que ésta se consigue.

Para que una comunicación tenga éxito es indispensable que se cumplan dos condiciones; en primer lugar, que capte la atención del individuo expuesto, y en segundo lugar, que sea interpretada correctamente, es decir, en la forma prevista por el emisor. Es esta parte del proceso de comunicación lo que se denomina proceso de percepción.

La definición que seleccionamos parte de la existencia del aprendizaje, y considera la percepción como un proceso. Así pues, la percepción es la imagen mental que se forma con la ayuda de la experiencia y necesidades. Es el resultado de un proceso de selección, interpretación, y corrección de sensaciones.

La percepción según Hermann L. F. Helmholtz “es el resultado de la capacidad del individuo de sintetizar las experiencias del pasado y las señales sensoriales presentes”.

Como dimensión de la calidad es la experiencia advertida y expresada por el usuario y que en la mayoría de los casos, además de tener relación con los aspectos científicos y técnicos se involucran las necesidades de afecto, comprensión, protección, bienestar, y normatividad institucional. La percepción es una dimensión determinada por el contexto sociocultural, los hábitos y las costumbres además del ambiente físico donde se brinda el cuidado. ⁽²⁶⁾

En una panorámica de la literatura se destacan los enfoques constructivistas que suponen que el sistema visual elabora un mundo a partir de la información del medio mediante sofisticados sistemas de procesamiento (Hoffman, 2000; Gregory, 1995; Marr, 1985), pero en la década de los noventa han surgido nuevos enfoques que adoptan una visión de sistemas complejos para explicar el funcionamiento de la percepción, y que están más a tono con el campo de las neurociencias (Van Leeuwen, 1999). Si la percepción está determinada de manera innata, se podría esperar que el procesamiento fuera adecuado, pero si la percepción depende del aprendizaje, su procesamiento sería notablemente deficiente. La cuestión de la relativa importancia de los factores innatos y del aprendizaje no ha sido resuelta aún. Es probable que ambos factores contribuyan de manera esencial en éste y otros procesos cognitivos. Algunos de los elementos básicos de la percepción parecen ser innatos o adquiridos de forma muy temprana, mientras que la percepción discriminada puede necesitar un extenso proceso de aprendizaje. ⁽²⁷⁾

Dentro del panorama de los estudios perceptivos en Psicología sobresale uno que es clave para el razonamiento y categorización independiente de los estudios cognitivos sobre la percepción que se enfoca en el estudio de los procesos perceptuales de los bebés (Miller, 1993) Desde los años 70s esta área ha arrojado evidencia sobre las

capacidades tempranas del recién nacido. Este marco es fundamental porque ha permitido avanzar en las respuestas a algunas de las preguntas cruciales para la Psicología del Desarrollo, a saber, el debate de la naturaleza o crianza y el hecho de que los procesos perceptuales tempranos son fundamentales para abordar otros procesos cognitivos como el razonamiento y la categorización.

2.7 Estado inicial de la percepción

Uno de los principales planteamientos que se desprende de estos estudios es la importancia de lo que se denomina “estado inicial”, es decir, el conjunto de las competencias y potencialidades cognitivas con las que el bebé llega al mundo y que son responsables del complejo conocimiento que el niño tiene para enfrentar estímulos desde muy temprano (Melher & Duponx, 1992; Bower 1979). Desde hace varios años, los autores que trabajan en esta área insisten en que los bebés más que ser receptores pasivos de información, responden a las propiedades de más alto orden estimular, (Bower, 1984). Percibe información específica y especializada, pero también pueden interpretarla para seguir cursos de acción específicos a la estimulación del entorno. (28)

2.8 Teorías del desarrollo perceptual

Entre las teorías del desarrollo perceptual se han destacado las que se basan en los empiristas, que plantean que la percepción es directa y que como tal debe ser explicada sin hacer mención a procesamiento de la información ni a un nivel representacional. El trabajo de James. J. Gibson y Eleanor Gibson recoge los principales supuestos de esta teoría. En primer lugar se trata de una perspectiva que enfatiza el papel adaptativo que cumple la percepción en el desarrollo humano y por ésta razón sus autores lo consideran como un enfoque “ecológico”(Gibson, 1979). Entre las más recientes aproximaciones al desarrollo temprano que se derivan de ésta perspectiva gibsoniana habría que señalar los trabajos de E. Spelke (1990, 1991) aunque sin embargo, también habría que decir que estas últimas aproximaciones otorgan un papel fundamental al conocimiento innato, lo que supone una interesante variación en el enfoque gibsoniano. También persisten las perspectivas constructivistas, aunque bien influenciadas por tesis innatistas algunos autores asumen que los bebés le dan un sentido a la información a través de la

interacción con el medio y R. Baillargeon, quien plantea en sus trabajos con bebés que los mecanismos innatos se ven complementados por mecanismos de aprendizaje determinados. Una muy breve y apretada muestra de este campo de estudios está representada por estudios sobre el conocimiento físico del bebé (Spelke, 1990; 1991; Baillargeón, 1986, 1987, 1994; Aguiar & Baillargeón, 1999) ; la percepción del espacio (Muir, Humphrey & Humphrey, 1994) la percepción de la unidad del objeto (Johnson, 2001) reconocimiento de la voz de la madre incluidos los experimentos de succión no nutritiva (deCasper & Fifer 1980; Werker & Desjardins, 1995), el reconocimiento mediante el olfato (Rodríguez et al., 1984; Lippsitt, Engen & Kaye, 1963), la percepción gustativa (Crook & Lipsitt 1976; Desor, Maller & Andrews, 1975) el reconocimiento del rostro(Meltzoff & Moore, 1977), la percepción táctil (Rochat, 1987), y estudios más clásicos sobre percepción visual en el bebé que profundizó en la discriminación visual con los trabajos de Frantz y sus innovadoras técnicas de preferencia visual espontánea (Frantz, Ordy & Udelf, 1962; Puche Navarro, 1993) las habilidades del bebé para hacer un seguimiento de objetos móviles en el espacio (Aslin, 1981), la exploración visual (Melson & Fogel, 1982) o la percepción intermodal en sus diferentes combinaciones (Bahrick, 2000; Morrongiello, Fenwick & Chance, 1998; Meltzoff & Borton, 1979). Como se dijo anteriormente, los niños pueden percibir esa diversidad de estímulos, pero también pueden interpretarlos para hacerse a una idea del mundo circundante bastante compleja)

(29)

2.9 Configuración de los estímulos

2.9.1 Teoría Gestalt sobre la percepción

El término Gestalt proviene del alemán y fue introducido por primera vez por Christian Von Ehrenfels. No tiene una traducción única, aunque se le entiende generalmente como “forma” sin embargo, también podría traducirse como “figura”, “configuración e, incluso, “estructura” o “creación”.

La teoría de Gestalt postula que percibimos los objetos como un “todo” bien organizado, más que como parte separada y aislada, estipula que no vemos pequeños fragmentos desarreglados al abrir nuestros ojos para ver al mundo. Vemos grandes regiones con

formas y patrones bien definidos. “Todo” lo que vemos es algo más estructurado y coherente que un grupo de fragmentos aislados; la forma es más que la simple unión de los fragmentos, se asume como el principio de la sinergia de la teoría general de sistemas, que postula que el “todo”, que la suma de sus partes y que las partes individualmente no explican la conducta del “todo” o sistema. ⁽³⁰⁾

Leyes de la percepción.

Responden a las propiedades de las tonalidades perceptivas o Gestalten

Ley de la Primicia.-

Las figuras son tonalidades y como tales son primarias y aparecen prioritariamente a las partes.

Ley de la buena figura.-

Las figuras o tonalidades tienden a articularse de la forma más completa, simétrica, sencilla y perfecta posible.

Ley de la autonomía.-

Las totalidades tienden a ser reguladas por factores intrínsecos más que por factores externos a ellas

Ley de la flexibilidad

Las partes derivan de sus propiedades de su posición o su función en el todo.

Leyes de la agrupación

Dentro de la perspectiva Gestáltica, estas leyes constituyen un intento por identificar las claves más relevantes de la visión de los objetos en conjunto:

Ley de la similitud.

Que determina que los objetos similares tienden a ser percibidos como una unidad.

Ley de la proximidad.

Que establece que los objetos contiguos son vistos como unidad.

Ley de las regiones comunes o del destino común.

Cuando los objetos se mueven en la misma dirección los vemos como una unidad.

Ley de la buena continuación.

Postula que los objetos arreglados en línea curva o recta, tienden a ser vistos como una unidad.

2.9.2 Relación figura-fondo.

Las partes de un todo se organizan con respecto a una figura y un fondo. El fondo es lo está de sobra, lo que está por detrás. Edgar Rubin (1915-1958), psicólogo danés, llegó a cuatro conclusiones al respecto de la figura y fondo: 1.- El fondo parece continuar detrás de la figura, 2.- la figura parece estar más cercana a nosotros, con la localización clara en el espacio, 3.- El fondo se encuentra más alejado y no cuenta con una localización bien definida, 4.-La figura es dominante y nos impresiona más que el fondo, se encuentra mejor y se asocia con un número mayor de formas. Por lo tanto, según Rubín, la figura parece dominar el estado de conciencia, y por otro lado el fondo parece formar parte del espacio general. ⁽³¹⁾

2.9.3 Ley de Prägnanz

Prägnanz es la palabra alemana de difícil traducción. Su significado también es difícil, el cual es, el cual es, “forma que transporta la esencia de algo”. La tendencia a Prägnanz la utilizan los psicólogos de la Gestalt como la tendencia de una forma a ser más regular, simple y simétrica, ordenada, comprensible y memorizable... Por eso nosotros la asociamos a una expresión de “buena forma” o “formas con destino común”.

El concepto de “buena forma”, no es una creación convencional, sino que responde a exigencias innatas y muy profundas, arraigadas en todos los individuos y que permite una percepción selectiva de las formas. Hay en todo receptor una tendencia natural a la simplificación a la simetría, el equilibrio, el cierre, el orden, etc. Que le facilita el recuerdo de lo percibido, se da en todo conocimiento humano una tendencia retentiva a la síntesis, al esquema, al resumen, el hombre se vale de estas simplificaciones, por verdadera necesidad operativa, perdiendo los matices del análisis y quedándose con el argumento global de las cosas. ⁽³²⁾

2.9.4 La percepción según Bruner

Bruner demuestra la influencia que tienen las variables cognitivas y motivacionales en la percepción. Y divide la percepción en tres fases: 1) Una fase pre-perceptiva, en la que el

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

sujeto está a la expectativa de un determinado acontecimiento, llevado por sus esquemas intelectuales y motivacionales 2) La fase de la recepción de la información. 3) la fase de la evaluación de las hipótesis perceptivas, en la que el sujeto juzga la adecuación existente en la que el sujeto juzga la adecuación del paciente entre sus expectativas anteriores y la información recibida. Si las hipótesis se confirman estamos en presencia de un nuevo precepto. Si no se confirman, se formulan nuevas hipótesis. Algunas veces si los objetos percibidos no se corresponden con las expectativas del sujeto pueden darse distorsiones perceptivas, y se sobrevaloran las características que se corresponden con las expectativas del perceptor. ⁽³¹⁾

Determinantes para la percepción e hipótesis del sujeto.

Bruner describe dos tipos de determinantes para lograr la percepción, y estipula que la percepción se asienta pues sobre la formulación de hipótesis y sobre la toma de decisiones, influyendo en ella las necesidades, valores y deseos del sujeto.

Determinantes formales.-

Las propiedades de los estímulos del aparato receptor.

Determinantes funcionales.-

Las necesidades, emociones, actitudes, valores y experiencias del perceptor.

Hasta la década de los cuarenta, los psicólogos se ocuparon de los determinantes formales de la percepción; en reacción a esa tendencia, los autores de la “new look” (Salomon Asch y otros autores que estudian la percepción social) empezaron a ocuparse de los determinantes funcionales. Para estos autores, además de los estímulos recibidos por los sentidos, hay otros factores que influyen en la percepción: las expectativas previas, las motivaciones, las defensas afectivas las emociones del perceptor; Bruner se ocupa de las variables intermediarias que se sitúan entre la experiencia previa y las necesidades del perceptor y su respuesta perceptiva: son las hipótesis del sujeto.

La representación en la percepción

El sujeto codifica y clasifica los datos que le llegan del exterior, reduciéndolos a categorías de las que dispone para comprender el entorno. Estas clasificaciones y codificaciones que dependen de las necesidades, experiencias, expectativas y valores del sujeto. El

comportamiento no es pues algo que depende únicamente o mecánicamente de un estímulo objetivo externo; el sujeto transforma la información que le llega por medio de tres sistemas de representación: la representación enactiva, la representación icónica, y la representación simbólica. ⁽³³⁾

Representación Inactiva

El sujeto representa los acontecimientos, los hechos y las experiencias por medio de la acción. Así por ejemplo, aunque no pueda describir un vehículo como la bicicleta, o aunque no tenga una imagen nítida de ella, puede andar sobre ella sin tropezar. Los contornos de los objetos relacionados con nuestras actividades quedan representados en nuestros músculos. Este tipo de representación está muy relacionado con las sensaciones cenestésicas y propioceptivas que tiene el sujeto, al realizar las acciones. Es un tipo de representación muy manipulativo.

Representación icónica

Se vale de imágenes y esquemas espaciales más o menos complejos para representar el entorno. Según Brunner, es necesario haber adquirido un nivel determinado de destreza y práctica motrices, para que se desarrolle la imagen correspondiente. A partir de ese momento, será la imagen la que representará la serie de acciones de la conducta.

Representación Simbólica

Va más allá de la acción y de la imaginación; se vale de los símbolos para representar el mundo. Esos símbolos son a menudo abstracciones, que no tienen por qué copiar la realidad. Por medio de esos símbolos, los hombres pueden hipotetizar sobre objetos nunca vistos. ⁽³⁴⁾

CAP. III. METODOLOGÍA

3.1 Justificación

La planificación familiar ofrece una forma médicamente satisfactoria de reducir el número de embarazos no deseados, que en otras condiciones, podrían desembocar en la muerte de la madre o en lesiones ocasionadas por procedimientos abortivos peligrosos. Específicamente, mediante este proceso, según la OMS (2008) se puede reducir la mortalidad materna mediante la disminución del número total de embarazos de cada mujer, de nacimientos de alta paridad, de partos de las mujeres jóvenes y las de edad mayor; el uso del aborto para la terminación de embarazos no deseados y las gestaciones de mujeres con problemas importantes de salud. ⁽¹⁾

A lo anterior, Palacios (2004), agrega que la falta de acceso a la consejería en métodos de planificación familiar expone a las mujeres a gestaciones no deseadas en edades extremas, abortos inducidos y complicados; a un mayor número de embarazos con los riesgos que impone cada gestación y a mayor pobreza que aumenta con el número de hijos que tenga cada mujer. Ahora bien, a pesar de los esfuerzos de varios sectores nacionales e internacionales por ampliar la cobertura y el acceso a los servicios y métodos de planificación familiar así como a su uso, aún existen carencias en este aspecto. Lo anterior repercute de forma negativa en la salud sexual y reproductiva y por tanto en la sociedad, expresado en una alta mortalidad materna y perinatal. La relación de este indicador con la baja cobertura de planificación familiar ha sido evidenciada por la bibliografía científica. ⁽³⁶⁾

La información adecuada sobre planificación familiar (consejería) es de importancia fundamental, ya que permite al derechohabiente ejercer sus derechos, reconocer los métodos anticonceptivos y de tomar decisiones independientes. Debe incluir orientación sobre los métodos, así como la salud sexual y reproductiva. ⁽³⁷⁾ Además, los servicios de salud deben contar con métodos y técnicas para el control de la fertilidad. La provisión de métodos anticonceptivos, con miras a la elección autónoma, apunta a la necesidad de los servicios para proporcionar una amplia gama de opciones. ⁽³⁷⁾

3.2 Planteamiento del problema

3.2.1 Características socioeconómicas de la población en estudio

La relación entre la dinámica demográfica de la población y su comportamiento reproductivo es estrecha e interdependiente. Las formas en que se manifiesta esta asociación son múltiples, ya que los niveles y tendencias de las variables críticas del cambio poblacional —a saber, la fecundidad, la mortalidad y la migración— son determinantes de la magnitud de la población en edad fértil, su estructura por edad o su distribución espacial. Así, el efecto de la práctica anticonceptiva en la regulación de la fecundidad y de ésta, a su vez, en el volumen y estructura por edad de la población, es una de las expresiones más evidentes de esta relación. Otro ejemplo es el impacto de una mejor salud materna e infantil en la reducción de la mortalidad de estos grupos poblacionales, lo cual afecta por igual al tamaño de la población y su perfil etario. ⁽³⁸⁾

Un aspecto de suma relevancia para el análisis de la fecundidad y la salud reproductiva es el comportamiento demográfico de la población femenina, en particular de aquella en edades fértiles, convencionalmente consideradas entre los 15 y 49 años. Los cambios en el volumen y estructura por edad de esta población pueden afectar y ser afectados por transformaciones en la nupcialidad, la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos, y el número y espaciamiento entre los hijos, entre otros.

Es importante también conocer la estructura por edad de este grupo de población femenina, pues las prácticas reproductivas, anticonceptivas y de atención a la salud reproductiva, varían de una edad a otra y requieren de atención diferenciada. ⁽³⁸⁾

El 31.5 por ciento de la población femenina en edad fértil tiene entre 20 y 29 años, edades críticas para la reproducción en la medida en que las tasas más altas de fecundidad en nuestro país se concentran en estas edades, en particular entre los 20 y 24 años. Recientemente, la participación de las mujeres entre 30 y 34 años de edad (14.9%) tiende a ser mayor. De esta manera, la atención a la salud materna e infantil, así como el acceso a métodos de planificación familiar, son de especial importancia en este periodo. ⁽³⁾

Por último, los grupos que menos contribuyen a la fecundidad son las mujeres de 35-39, 40-44, y 45-49 años, que concentran 14.3, 12.4 y 10.2 por ciento de la población en edad reproductiva, respectivamente. Las necesidades en materia de salud reproductiva entre esta población tienden hacia la limitación de la fecundidad, la prevención y atención de enfermedades crónicas relacionadas con el sistema reproductivo, como cáncer de mama y cérvico-uterino, y la atención a la sintomatología de procesos propios de la conclusión de la vida fértil, como el climaterio y la menopausia.

En el periodo 2000-2010, las tasas de crecimiento de las mujeres mayores de 30 años de edad aumentan de manera constante hasta el final de la vida reproductiva, mientras que entre 1990-2000, la tasa tendía a decrecer ligeramente en el grupo de 45-49 años. Este comportamiento confirma la aceleración en el crecimiento de la población en edades más avanzadas, en consonancia con el proceso de envejecimiento demográfico que experimenta el país.

El análisis previo pretende establecer un diagnóstico demográfico breve de la población, en términos de su volumen, estructura por edad y crecimiento. Como ya se ha señalado, estos factores demográficos básicos son clave para dimensionar, entre otros, la magnitud de la población objetivo de las acciones en materia de salud reproductiva, las necesidades específicas que experimentan en virtud de su composición y la posibilidad de seguir incidiendo en indicadores relevantes de salud sexual y reproductiva en el futuro. ⁽¹⁴⁾

En Aguascalientes el Instituto Mexicano del Seguro Social atiende a una población total adscrita a médico familiar de 661,682, de los cuales 165,106 (el 25%) son mujeres en edad fértil a las que brinda servicio de consejería para la planificación familiar, situación similar en la Unidad de Medicina Familiar No. 10 en donde 36,049 mujeres en edad fértil corresponden el 25% de su población adscrita total (141,569). ⁽³⁹⁾

1. Panorama del estado de salud

Durante el 2014 se reportó en la Delegación del IMSS Aguascalientes una tasa de 46.57 partos por cada 1000 mujeres en edad fértil y de estas una proporción del 12.75% son adolescentes; así mismo una proporción de prematuridad de 10.69% del total de

nacimientos con una tasa de mortalidad perinatal anualizada de 8.7% y una tasa de mortalidad materna de 26.4 por mil nacidos vivos.(40)

2.- Sistemas de salud.

Según la Norma Oficial Mexicana 005-SSA2-1993 en el apartado 5.4.1 referente a consejería refiere que 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 sea necesario también información sobre el costo.

La consejería también debe proporcionar información, orientación y apoyo adecuado a las parejas infértiles y estériles. La consejería 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.

La consejería debe tomar en cuenta en todo momento, que la decisión y consentimiento responsable e informado de los usuarios deben ser respetados en forma absoluta y no se debe inducir la aceptación de un método anticonceptivo en especial

El consejero debe constatar que los aceptantes han recibido y comprendido la información completa sobre las características, usos y riesgos de los diferentes métodos anticonceptivos, así como de su responsabilidad por el buen uso de ellos. En virtud de que no existe un anticonceptivo 100% efectivo, el aceptante asume el riesgo de la falla de cada método.

La consejería debe dar 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, y d) en el posparto y poscesárea cuando el recién nacido presente problemas de salud que comprometan su supervivencia.

La consejería debe proporcionar información completa sobre los diferentes métodos anticonceptivos, tanto a los nuevos usuarios o aceptantes, como a los usuarios activos, con el fin de esclarecer dudas. En caso necesario, será un apoyo para la decisión de cambio de método.

La aceptación de métodos anticonceptivos permanentes (oclusión tubaria bilateral y vasectomía) debe ir precedida por consejería y se debe ratificar por escrito por el usuario e incluir este documento en la ficha individual o expediente clínico personal. Este documento debe describir el conocimiento del aceptante sobre la irreversibilidad del procedimiento.

La consejería debe ser impartida por cualesquiera 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).

Para realizar una labor eficaz, el consejero debe establecer un diálogo ágil con el usuario potencial, así como observar, hacer preguntas relevantes y escuchar. Asimismo, debe estar bien informado sobre todos los métodos anticonceptivos existentes, aspectos básicos de sexualidad y reproducción humana, incluyendo los lineamientos para la identificación y manejo de casos de esterilidad e infertilidad, factores de riesgo reproductivo, elementos del entorno sociocultural y 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 de la consejería en planificación familiar, para que aliente al solicitante a

expresarse con absoluta confianza y libertad. El consejero debe imprimir carácter de respeto y privacidad en el trato 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.

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. El proceso de consejería debe realizarse con anterioridad a la decisión del usuario, y a la selección y aplicación de los métodos anticonceptivos. Debe 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. No debe efectuarse bajo situaciones de presión emocional. ⁽⁴¹⁾

Con respecto al uso de métodos de planificación familiar, en la Unidad de Medicina Familiar No. 10 en Aguascalientes del total de métodos aplicados el 21.40% fue con DIU; EL 21.20% uso parche anticonceptivo; EL 17% utilizaron pastillas; 16.9% implantes; 12.30% inyectables; 8.20% vasectomía y el restante 2.20% utilizo el DIU Medicado. ⁽⁴²⁾ Al cierre del 2014 se tuvo una cobertura de protección anticonceptiva post-parto con métodos de alta continuidad del 91.3%. ⁽⁴²⁾

La efectividad de estos programas está estrechamente relacionada con la percepción que se tiene por parte de los derechohabientes hacia la planificación familiar, estos aspectos psicológicos están profundamente arraigados a la cultura social, tabúes, conocimientos erróneos, etc. Pero estos son desconocidos para el personal de salud y el conocerlos generará herramientas para una consejería en planificación familiar efectiva en términos de mejorar los indicadores de salud, y eficientar los procesos de atención internos.

Respecto a los múltiples métodos anticonceptivos en la planificación familiar, los métodos que proporciona el Instituto Mexicano del Seguro Social son los siguientes:

Preservativo (condón):

El condón masculino es una funda de hule (látex) impermeable que se coloca en el pene erecto, cubriéndolo en su totalidad antes de la relación sexual.

Pastillas Anticonceptivas:

Los anticonceptivos hormonales orales o pastillas anticonceptivas, son un método seguro y efectivo para evitar temporalmente el embarazo, contienen pequeñas cantidades de hormonas femeninas parecidas a las que produce el organismo de la mujer.

Los anticonceptivos hormonales orales del IMSS, contienen 21 pastillas anticonceptivas, que se toman diariamente a la misma hora.

Parche Anticonceptivo:

Es un parche de plástico delgado, cuadrado, el cual se pega a la piel y libera hormonas similares a las que produce la mujer, inhibiendo la ovulación y haciendo más espeso el moco del cuello del útero.

Anticoncepción Hormonal Inyectable:

Hay dos presentaciones de hormonales inyectables que se usan como anticonceptivos: la de aplicación mensual y la trimestral. La mensual contiene hormonales combinados (estrógeno y progesterona), mientras que la trimestral contiene sólo progestina.

Las inyecciones anticonceptivas que contienen hormonales combinados pueden ser usadas por toda mujer sana que desea evitar o espaciar sus embarazos, y que haya recibido consejería previamente.

Las inyecciones hormonales que contienen sólo progestina, las de aplicación trimestral, se recomiendan en mujeres mayores de 18 años.

Dispositivo Intrauterino de Cobre (DIU) T-Cu

El dispositivo intrauterino de cobre (DIU) es un método anticonceptivo seguro y eficaz que sirve para evitar temporalmente un embarazo.

Está elaborado de plástico flexible, tiene una rama vertical y una horizontal a manera de T. La rama vertical está rodeada de un alambre de cobre, que impide el paso de espermatozoides.

Se coloca dentro de la matriz, mediante un tubo especial diseñado para ello.

Dispositivo Intrauterino con Levonorgestrel

Es un dispositivo de plástico en forma de T que contiene un sistema liberador de Levonorgestrel, lo cual evita un embarazo no planeado.

Implante Hormonal Subdérmico

Es una varilla flexible que contiene una hormona derivada de la progesterona, que evita la ovulación y hace más espeso el moco del cuello del útero, impidiendo el paso de los espermatozoides al interior del útero.

Anticoncepción de Emergencia o Anticoncepción Hormonal Postcoito

Se le conoce también como píldora del día siguiente. Es un método anticonceptivo que puedes utilizar sólo en casos de emergencia, para prevenir un embarazo no planeado, y se toma en los tres días siguientes de una relación sexual sin protección.

Oclusión Tubaria Bilateral (OTB) o Salpingoclasia

Es un método de anticoncepción permanente o definitivo que se realiza en aquellas mujeres que tienen el número de hijos deseado y no quieren tener más embarazos, y que han recibido previamente consejería; este procedimiento de anticoncepción se realiza en la mujer después de un parto, aborto, durante la cesárea o en cualquier momento que la mujer decida no tener más hijos.

Consiste en realizar una pequeña incisión quirúrgica, que se puede efectuar a través del ombligo en el momento inmediato a la atención del parto, o a nivel del nacimiento del vello púbico; también se puede realizar durante una cesárea.

Para realizarla se pueden emplear diferentes tipos de anestesia dependiendo de las características físicas de la mujer.

A través de una pequeña herida efectuada en los sitios arriba mencionados, se identifican las trompas uterinas, las cuales se cortan y se ligan para impedir el paso del óvulo y de los espermatozoides evitando así el embarazo.

Vasectomía sin bisturí

Es un método anticonceptivo permanente o definitivo para el hombre que ya tiene el número de hijos deseado, y que recibió previamente consejería.

Consiste en una pequeña operación que se realiza sin bisturí, con anestesia local, haciendo una punción en la piel de la bolsa escrotal por arriba de donde se encuentran los testículos, a través de la cual se localizan, ligan y cortan los conductos deferentes, sitio por donde pasan los espermatozoides.

La vasectomía sin bisturí sólo impide el paso de espermatozoides, los cuales se siguen produciendo pero son absorbidos por el organismo. ⁽⁴³⁾

Naturaleza del problema

Tras la revisión de la literatura, se encontró que la calidad es evaluada en múltiples servicios de la atención médica en los diferentes niveles de especialidad así también el abordaje metodológico es divergente, no obstante, el enfoque metodológico más utilizado es el de SERVQUAL cuyo acercamiento depende de la satisfacción percibida del paciente en relación a las expectativas, creencias y percepciones.

En relación a la evaluación de la consejería en planificación familiar las variables estudiadas varían desde los conocimientos, creencias en salud, empoderamiento de la mujer, creencias hacia métodos anticonceptivos en particular, actitudes hacia los métodos anticonceptivos, entre otros. Por lo que no existen estudios publicados que evalúen la satisfacción percibida hacia la consejería en planificación familiar desde el enfoque de la calidad del servicio.

Distribución del problema

Durante los últimos 40 años ha habido un importante descenso en la natalidad en México. Sin embargo, las cifras oficiales de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) (38), realizada en 2009, así como el informe más reciente sobre el uso de anticonceptivos del Grupo de Información sobre Reproducción elegida (GIRE), muestran que aún hay mucho por hacer.

Hace 40 años, cada mujer mexicana en edad reproductiva tenía 6.7 hijos, en promedio. Este número ha ido decreciendo hasta los 2.2 hijos, el año pasado. Las menores tasas de fecundidad se registran en la ciudad de México, los estados fronterizos y los de la Península de Yucatán. El uso de métodos anticonceptivos entre mujeres fértiles varía de

una entidad a otra: entre el 54.9% de Chiapas y el 79.9% de Sonora. Los estados con mayor avance en este rubro en los últimos años son Nuevo León, Baja California, Yucatán, Nayarit y Chihuahua. La ENADID señaló que en 2009, 72.5 por ciento de las mexicanas en edad fértil usaban métodos anticonceptivos. Sin embargo, el porcentaje resultó hasta 15% menor entre las mujeres de zonas rurales, con baja escolaridad o indígenas. La misma encuesta encontró que el uso de anticonceptivos aumentaba de acuerdo con el número de hijos que cada mujer tuviera, alcanzando el 85% entre quienes ya tenían tres hijos. Uno de los grupos más vulnerables son las adolescentes, ya que a pesar de que la mayoría dijo conocer algún método anticonceptivo, poco más de la mitad lo utiliza. Más preocupante resulta que 6 de cada 10 jóvenes dijo no haber utilizado protección durante su primera vez. La mitad de las mujeres en edad reproductiva que tienen una pareja estable suelen recurrir a métodos definitivos, como la salpingoclasia y la vasectomía. Un porcentaje menor recurre al DIU y al uso del preservativo masculino, entre otros. ⁽³⁷⁾

Descripción de la gravedad del problema

El problema de la falta de planificación familiar trae consigo consecuencias en diferentes ámbitos como los sociales, los de salud y económicos, los cuales han estado afectando a la población desde los años 60 hasta la actualidad. Algunas consecuencias sociales de este problema son los embarazos no deseados. A pesar del rechazo que produce el embarazo en las mujeres que no se encuentran preocupadas o en las que no quieren tener más hijos, el empleo de anticonceptivos es inferior al esperado y el incentivo por recurrir a programas de planificación familiar es mínimo. Este problema no solo conlleva a embarazos no deseados, sino que es una fuente de transmisión de enfermedades infecciosas. Por otro lado, los embarazos no deseados generan, en la mayoría de los casos, abortos, los cuales también se relacionan con la falta de paternidad responsable. La tasa de mortalidad entre los recién nacidos mexicanos se redujo en 2009 a siete fallecimientos por cada 1000 nacimientos, según cifras publicadas este miércoles por la Organización Mundial de la Salud (OMS). En México, la tasa de mortalidad materna por 1000 nacidos vivos se ha reducido desde el 2010 (5.32) hasta 2013 con una tasa de 3.81, situación similar en Aguascalientes ya que durante el 2010 se reportó una tasa de 4.87 y para el 2013 se registró una tasa de 3.81 por 1000 nacidos vivos. Para la mortalidad

perinatal se ha mantenido estable desde 2010 con una tasa de 8 por cada 1000 nacidos vivos y en 2013 se redujo a 7 por cada 1000 nacidos vivos. ⁽⁴⁴⁾

Análisis de los factores más importantes que pueden influir en el problema

En el caso de la planificación familiar, diferentes variables se han estudiado para comprender el bajo uso de las mujeres y parejas de ésta; como la edad y ciclo vital, el nivel educativo, las condiciones socioeconómicas, las regiones de origen, estrategias educativas, acceso y calidad de los servicios de planificación familiar, la cultura, entre otras. A pesar de que se conocen algunos factores relacionados con el tema y que existen programas institucionales que dan respuesta a esta necesidad, no se han aterrizado acciones efectivas que generen confianza por parte de las usuarias a acudir a la consejería en planificación familiar.

Información del tipo de información que se espera obtener

De este estudio se espera obtener información útil que lleve a una consejería más efectiva y adecuada a las expectativas de las mujeres en edad fértil con la finalidad de mejorar la cobertura, la satisfacción y el uso con conocimiento de métodos anticonceptivos de la población adscrita de mujeres en edad fértil adscrita a la UMF 10.

3.3 Pregunta de investigación

¿Cuál es la satisfacción percibida que tienen las mujeres en edad reproductiva acerca de la consejería en planificación familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 10?

3.4 Objetivo general

Identificar la satisfacción percibida de la consejería de la planificación Familiar en la población femenina en edad fértil (15-49 años) de la Unidad de Medicina Familiar # 10 delegación Aguascalientes

3.5 Objetivos específicos

- 1.- Caracterizar sociodemográficamente a la población en estudio.
- 2.- Identificar la satisfacción percibida sobre la apariencia y limpieza de las instalaciones físicas, equipo, personal y materiales de comunicación relacionada a la consejería de la planificación familiar.
- 3.- Identificar la satisfacción percibida en cuanto al cumplimiento de sus expectativas y necesidades sobre la consejería en planificación familiar.
- 4- Conocer la satisfacción percibida sobre la disposición y voluntad de los empleados para ayudar al derechohabiente y para proporcionar el servicio en relación a la consejería en planificación familiar.
- 5- Conocer la satisfacción percibida sobre la capacidad del personal de salud para transmitir confianza y seguridad en la consejería de planificación familiar.
- 6.- Identificar la empatía percibida por parte del personal de salud relacionada a la consejería de planificación familiar.

3.6 Hipótesis

Debido a que el nivel de esta investigación es observacional descriptivo, no se redactarán hipótesis ya que no se está estudiando la relación de una variable dependiente con otra independiente en cuanto a correlación, asociación causal, diferencia de medios, etc.

CAP. IV. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 Criterios de inclusión

- Edad fértil (15-39años)
- Que acepte participar en el estudio
- Que sea derechohabiente de la UMF # 10 delegación Aguascalientes
- Que no tenga dificultades para responder el cuestionario
- Que sea paciente del módulo de planificación familiar
- Que se cuente con consentimiento informado firmado por la derechohabiente o por su tutor si esta es menor de edad.

4.2 Criterios de exclusión

- Que se encuentre fuera del rango de edad.
- Que no acepte participar en el estudio.
- Que no tenga consentimiento informado debidamente requisado.

4.3 Criterios de eliminación

Llenado inadecuado de instrumentos.
Que el participante decida retirarse del estudio.

4.4 Tamaño de la muestra

Se realizara un cálculo del tamaño de la muestra a partir de la población total de mujeres de 15 a 39 años adscrita a la UMF 10 y una probabilidad del 95% a partir de la siguiente formula:

$$n = \frac{N \cdot Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot (1-p)}{e^2 \cdot (N-1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

En donde:

n: Tamaño muestral

N: Tamaño de la población

Z: Valor de contraste paramétrico a 95% (1.96)

P: Probabilidad de rechazar hipótesis nula (.05)

e^2 : Varianza

En donde se obtuvo un tamaño de la muestra de 245.

4.5 Tipo de muestreo

Se realizará un muestreo no aleatorizado por conveniencia ya que se entrevistará a las mujeres que acepten participar en el estudio y cumplan con los criterios de inclusión.

4.6 Tipo de estudio

Observacional, transversal, descriptivo

4.7 Universo

Población total de 36,049 mujeres entre 15 y 39 años adscritas a consultorio de medicina familiar de la UMF 10.

4.8 Unidad de análisis

Satisfacción percibida por parte de las mujeres entre 15 y 39 años.

4.9 Plan de recolección de datos

Se utilizará un instrumento dividido en 2 partes, la primera identifica las características sociodemográficas y la segunda mide las dimensiones de la satisfacción con respecto a la consejería en Planificación Familiar la cual consta de 10 ítems.

4.10 Aspectos éticos

A cada mujer que se solicite su participación se le dará a conocer a través de una carta de consentimiento informado los objetivos del trabajo de investigación, beneficios e inconvenientes de su apoyo, como el tiempo estimado para realizar la encuesta, alcances

y anonimidad de la información que nos proporcione para finalmente requerir su firma de consentimiento.

4.11 Plan de análisis de la información

La captura y análisis de la información se realizará en el paquete estadístico SPSS V21 en donde se obtendrán estadísticos descriptivos (Frecuencias y porcentajes) para las variables sociodemográficas y las variables de percepción, así mismo, se obtendrán gráficos de barras y de sector para analizar visualmente la información.

4.12 Descripción del instrumento

Esta metodología surge de un proceso de investigación llevado a cabo por Valerie A. Zeithaml, A. Parasuraman y Leonard L Berry y auspiciada por el Marketing Science Institute (MSI) en Cambridge, Massachusetts EEUU, en donde el propósito fundamental era realizar un estudio preparatorio sobre la calidad de los servicios. Diversas investigaciones acerca de la aplicación del modelo SERVQUAL concluyen que ha sido el más utilizado para la evaluación de la calidad de los servicios públicos. En particular Bigne et al. Demuestran la fiabilidad de la escala SERVQUAL frente a otras metodologías para medir la calidad, fundamentalmente en tres servicios públicos: educación superior, transporte y salud. El modelo de Parasuraman, Len Berry y Valerie Zeithaml determinó cinco dimensiones de la calidad:

1. Tangibles: Como la parte visible de la oferta: la apariencia y limpieza de las instalaciones físicas, equipo, personal y materiales de comunicación.
2. Confiables: la habilidad para desarrollar el servicio prometido en forma acertada y como fue dicho.
3. Respuesta del personal: respuesta pronta y deseada, deseo de ayudar a los usuarios y de proveer el servicio con prontitud y esmero.
4. Seguridad: conocimiento y cortesía del personal y su habilidad para producir confianza.
5. Calidez o empatía: el cariño, la atención individualizadas que se provee a los usuarios, el deseo de comprender las necesidades precisas del cliente y encontrar la respuesta más adecuada

Ver Anexo 1 “Operacionalización de las variables”.

4.13 Logística

Después que el Comité Local de Investigación, aceptó la realización de este proyecto se acudió a la dirección de la Unidad de Medicina Familiar #10 con el oficio proporcionado por la Coordinación Delegacional de investigación con el fin de solicitar la autorización para la elaboración del proyecto, informando previamente el objetivo y las características del mismo. Posteriormente acudimos al área de planificación familiar donde se informó las características del estudio y lo que se pretende realizar en dicha área.

Al contar con las autorizaciones pertinentes se realizarán los cuestionarios por parte del mismo investigador con una duración aproximada de 15 a 20 minutos con previo llenado de consentimiento informado y autorización de tutores en casos pertinentes; se llevara a cabo en un horario de 16 a 20 horas los días de lunes de cada semana puesto que es el horario que se tiene destinado dentro de la unidad para la consulta de planificación familiar, se explicara a cada una de las encuestadas la finalidad de la realización de este proyecto así como se les dará la libertad de retirarse del proyecto en el momento que así lo decidan.

4.14 Cronograma

Tabla 1. Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	2014					2015										
	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV
ELECCION DE TEMA	X															
ACOPIO DE LA BIBLIOGRAFÍA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
REVISION DE LA LITERATURA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
DISEÑO DEL PROTOCOLO				X	X	X	X									
REVISION DEL PROTOCOLO						X	X	X	X	X	X	X				
REGISTRO DEL PROTOCOLO													X			
APROBACIÓN DE PROTOCOLO																
TRABAJO DE CAMPO																
ACOPIO DE DATOS																
CAPTURA DE DATOS																
ANALISIS DE RESULTADOS																
INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS																
AUTORIZACION FINAL																
FORMULACIÓN DEL INFORME FINAL																

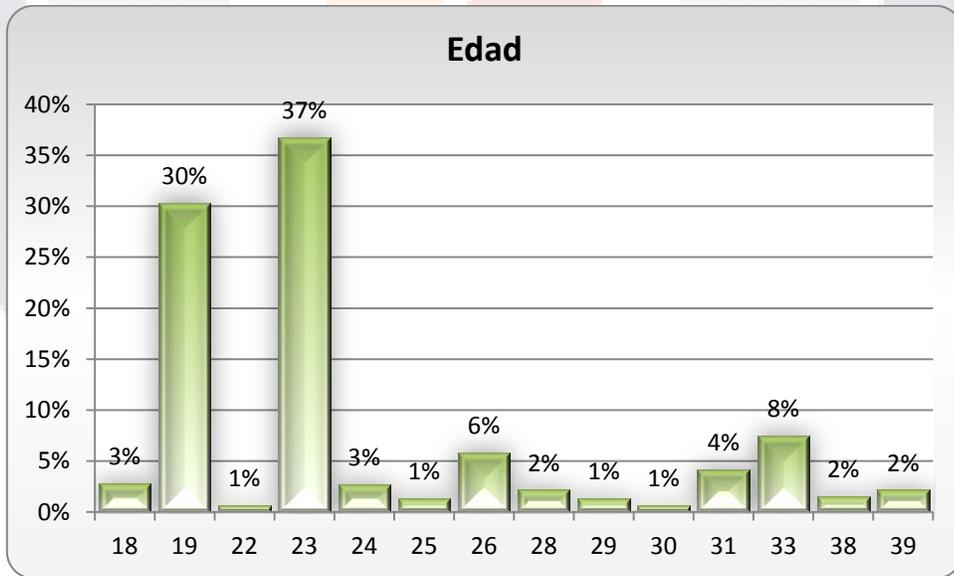
RESULTADOS

A continuación se analizan los datos obtenidos de las 245 encuestas obtenidas de las mujeres derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar #10 del Instituto Mexicano del Seguro Social delegación Aguascalientes.

Resultados Sociodemográficos

Con respecto a las variables sociodemográficas se obtuvieron los siguientes resultados.

La **Grafica 1** muestra la distribución de la edad en donde se obtuvo que la mayor cantidad (el 37%) tienen 23 años; seguido del 30% que tienen 30 años y el restante 33% se distribuyó homogéneamente en el resto de las edades.



Gráfica 1. Distribución de la edad.

La **Tabla 2** muestra que en mayor proporción las mujeres se encuentran casadas (59%); seguidas por el 18% que asumen estar en unión libre; en tercer lugar el 15% que están solteras y el restante 8% que se encuentran divorciadas.

Tabla 2. Distribución del estado civil

Estado Civil	Respuestas	
	Fa	Fr
Casada	143	59%
Divorciada	19	8%
Soltera	37	15%
Unión libre	45	18%
Total general	245	100%

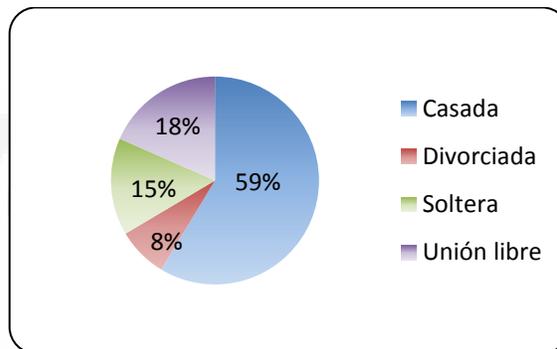


Gráfico 2. Distribución del estado civil

En la **Tabla 3** se muestra la distribución de la escolaridad en donde se obtuvo que el 39% estudió hasta la preparatoria; el 26% hasta la secundaria; el 23% tiene una carrera universitaria y el restante 12% terminó hasta la primaria.

Tabla 3. Distribución de la escolaridad

Escolaridad	Respuestas	
	Fa	Fr
Preparatoria	96	39%
Primaria	29	12%
Secundaria	63	26%
Universidad	57	23%
Total general	245	100%

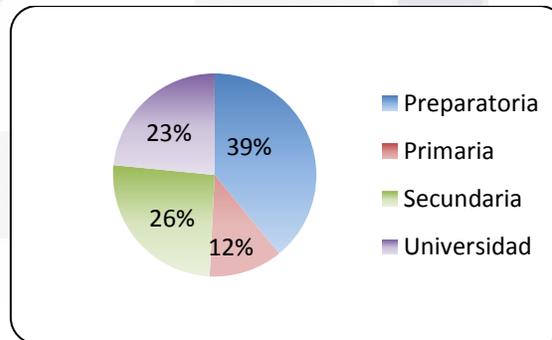


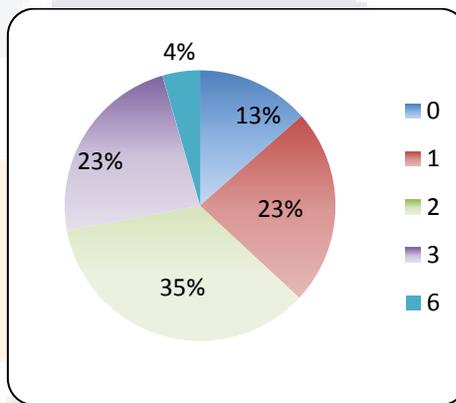
Gráfico 3. Distribución de la escolaridad

Antecedentes obstétricos

La **Tabla 4** muestra la distribución porcentual del número de embarazos que tuvieron las 245 mujeres encuestadas en donde la mayoría respondió haber tenido 2 embarazos (35%); seguidas por las que asumen haber tenido solo uno y tres embarazos ambas con un 23%; el 13% que no ha tenido ninguno y finalmente el 4% que tuvo 6 embarazos.

Tabla 4. Número de embarazos

Embarazos	Respuestas	
	Fa	Fr
0	33	13%
1	57	23%
2	86	35%
3	57	23%
6	11	4%
Total general	245	100%

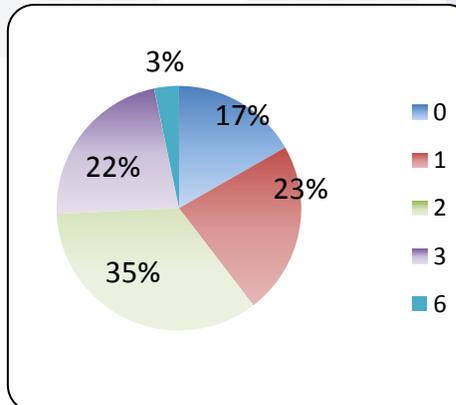


Gráfica 4. Número de embarazos

Con relación al número de hijos, el 35% tuvo 2 hijos; seguidas por el 23% que tuvo uno; en tercer lugar el 22% con tres hijos; posteriormente el 17% que no ha tenido ninguno y el restante 3% que tiene 6 hijos.

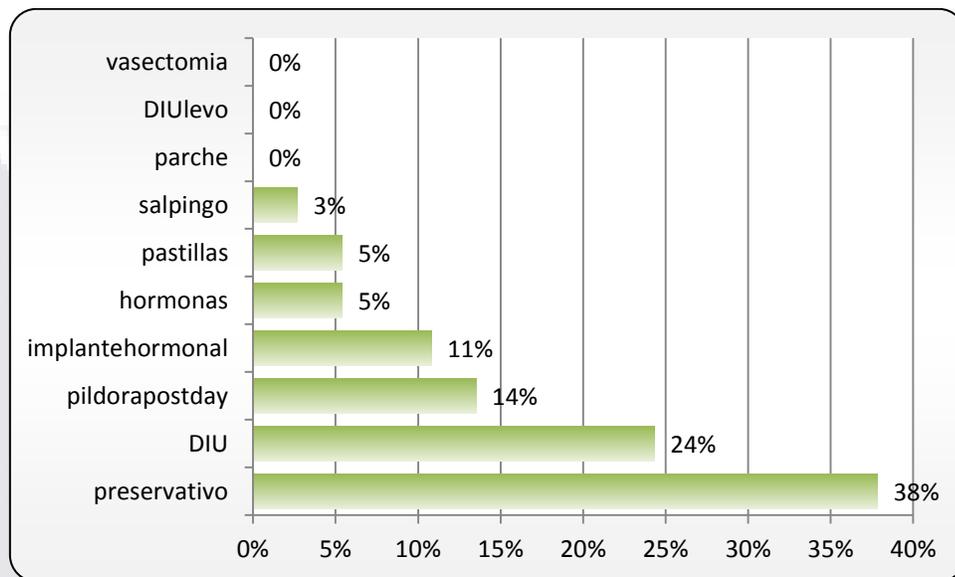
Tabla 5. Número de Hijos

Hijos	Respuestas	
	Fa	Fr
0	41	17%
1	56	23%
2	85	35%
3	55	22%
6	8	3%
Total general	245	100%



Gráfica 5. Número de Hijos

En la **Grafica 6** se obtuvo que el método más utilizado es el preservativo con un 38%; seguido por el DIU con un 24%; en tercer lugar las píldoras del día siguiente con un 14%; después el implante hormonal con un 11%; los métodos hormonales y las pastillas tuvieron ambas un 5% respectivamente y el restante 3% utilizó salpingoplastia.



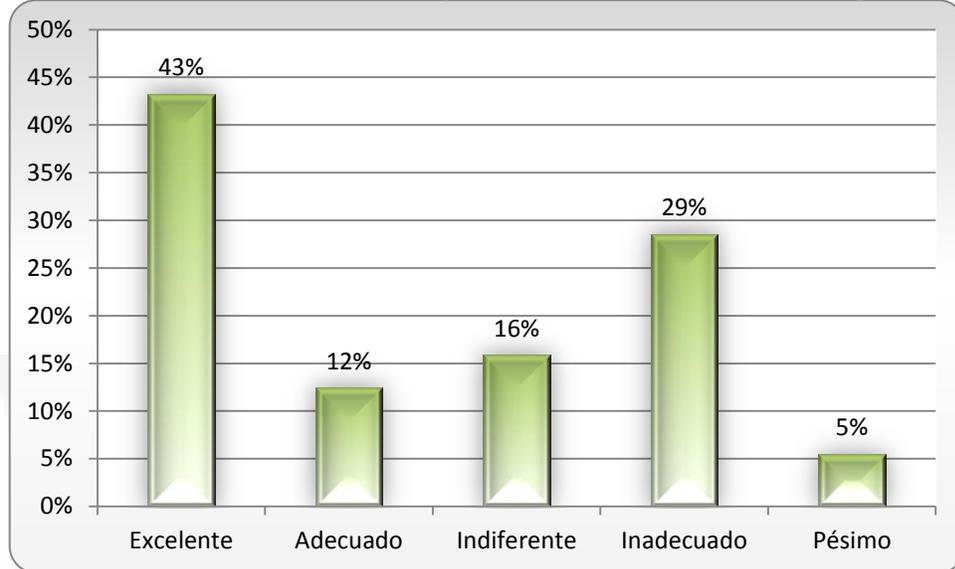
Gráfica 6. Métodos Anticonceptivos utilizados

A continuación se muestran los resultados del análisis por cada dimensión del cuestionario SERVQUAL .

I. Elementos tangibles

Con respecto a los elementos tangibles en general la evaluación fue favorable ya que el 43% calificó las instalaciones como excelentes y el 12% como adecuadas, ambos agrupan el 55% de las respuestas, con relación al extremo opuesto, solo el 5% calificó las instalaciones como pésimas y el 29% como inadecuadas, ambas agrupando el 34%, al restante 16% le es indiferente el aspecto físico de la atención. **Gráfica 7.**

Gráfica 7. Percepción de los elementos tangibles



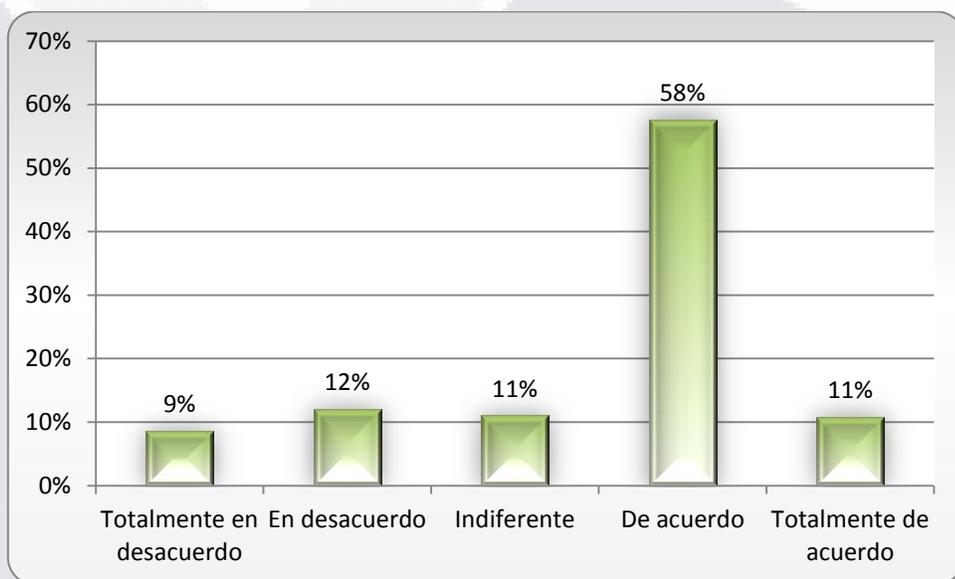
La **Tabla 6** muestra las respuestas obtenidas para cada aspecto tangible evaluado en donde destaca que el aspecto mejor evaluado es la apariencia del personal, ya que un 72% la calificó como excelente; seguida de la comodidad de las sillas, camas, etc. Con un 49% de calificación excelente; en tercer lugar la publicidad del servicio con un 48% de excelencia; la limpieza de las instalaciones con un 40% de evaluación de excelentes y finalmente la evaluación de la confidencialidad ofrecida por las instalaciones con un 16% que asumió estar totalmente de acuerdo.

Tabla 6. Calificación de los aspectos tangibles

I. Elementos tangibles: Apariencia de las instalaciones físicas, equipos, empleados y materiales de comunicación.												
Ítem	Excelente		Adecuado		Inadecuado		Indiferente		Pésimo		Total general	
	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr
I.A. En general como evaluaría la apariencia de las instalaciones de la unidad (paredes, ventanas, inmobiliario, etc.	92	38%	21	9%	49	20%	69	28%	14	6%	245	100%
I.B. Como evaluaría la limpieza de las instalaciones	97	40%	39	16%	58	24%	49	20%	2	1%	245	100%
I.C. Como evaluaría la apariencia del personal	175	72%	29	12%	11	4%	22	9%	8	3%	245	100%
I.D. Las carteleras, anuncios, folletos, avisos de señalización u hojas informativas, son visualmente atractivas.	118	48%	53	22%	32	13%	41	17%	1	0%	245	100%
I.E. Como evaluaría la comodidad de las sillas, camas, etc.	119	49%	13	5%	59	24%	42	17%	12	5%	245	100%
Ítem	Totalmente en desacuerdo		En desacuerdo		Indiferente		De acuerdo		Totalmente de acuerdo		Total general	
	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr
I.F. Desde su opinión, el espacio donde se le atendió facilita la confidencialidad	1	0%	18	7%	12	5%	175	72%	39	16%	245	100%

II. Fiabilidad o presentación el servicio

En la **Gráfica 8** se muestra la calificación general de la prestación del servicio en donde se obtuvo que el 58% contestó estar de acuerdo; el 11% totalmente de acuerdo, ambos sumando un 69% de las respuestas, mientras que el 9% asumió estar totalmente en desacuerdo y el 12% contesto estar en desacuerdo, agrupando las respuestas negativas un 21% del total, solamente al 11% le pareció indiferente.



Gráfica 8. Calificación de la Fiabilidad o presentación el servicio

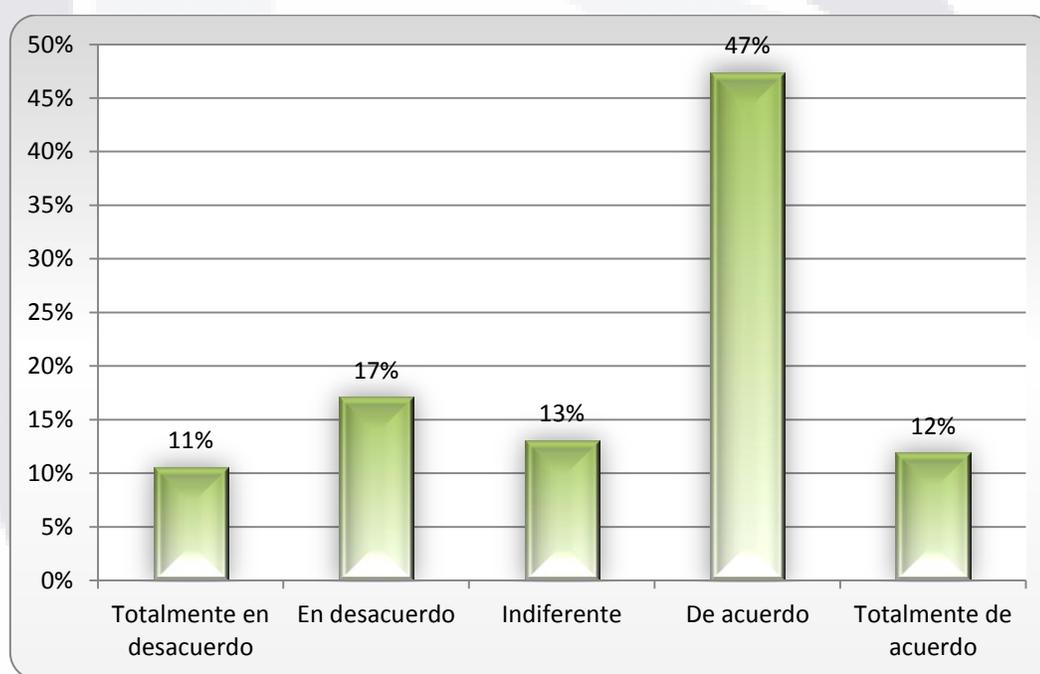
La **Tabla 6** muestra que el aspecto mejor evaluado fue el respeto por el orden consecutivo de cada paciente en donde las categorías a favor agruparon el 72%, de igual manera con la evaluación de que si el medico ubico exactamente su problemática; el tercer aspecto mejor evaluado fue el interés del médico por resolver su problema con un 71%; posteriormente la explicación clara por parte de medico con un 67% y el aspecto pero evaluado fue el considerar si el servicio satisfizo sus expectativas con un 59%.

Tabla 6. Calificación de la fiabilidad o prestación del servicio

II. Fiabilidad o presentación el servicio: Habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa, tales como: eficiencia, eficacia, efectividad, repetición y problemas.												
Ítem	Totalmente en desacuerdo		En desacuerdo		Indiferente		De acuerdo		Totalmente de acuerdo		Total general	
	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr
II.A. En todo momento se respetó un orden para que lo atendieran	18	7%	25	10%	25	10%	132	54%	45	18%	245	100%
II.B. El medico mostró interés en la resolución de sus problemas	20	8%	9	4%	41	17%	146	60%	29	12%	245	100%
II.C. El medico identificó su problema de forma precisa	8	3%	24	10%	37	15%	165	68%	11	4%	245	100%
II.D. La explicación que le dieron considera que fue suficientemente clara	19	8%	40	16%	21	9%	146	60%	19	8%	245	100%
II.E. Considera usted que el servicio satisfizo sus expectativas	40	16%	49	20%	11	4%	117	48%	28	11%	245	100%

III. Capacidad de respuesta

En la **Gráfica 9** se muestra la evaluación general hacia la capacidad de respuesta del servicio e institución en general en donde se obtuvo que el 47% respondió estar de acuerdo y el 12% totalmente de acuerdo, sumando ambas categorías un 59% de las respuestas, mientras que el 11% asumió estar totalmente en desacuerdo y el 17% en desacuerdo, agrupando así el 29% de respuestas desfavorables, mientras que el 13% les es indiferente.



Gráfica 9. Evaluación de la capacidad de respuesta

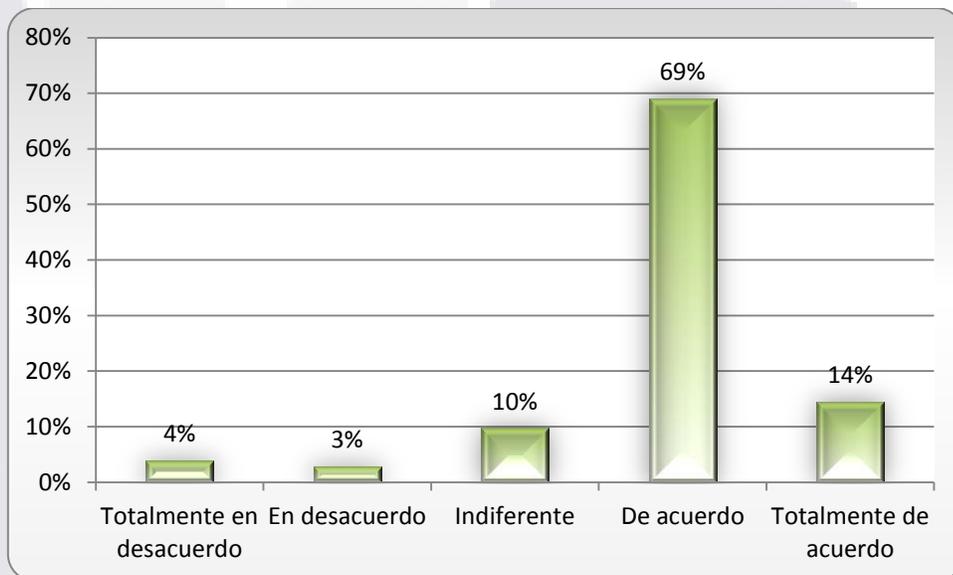
En la **Tabla 7** se obtuvo que el aspecto mejor evaluado fue la disposición del personal para atender cualquier pregunta con un 58% de acuerdo y un 10% totalmente de acuerdo; seguido por el tiempo adecuado para la consejería con un 48% de acuerdo y un 12% totalmente de acuerdo; posteriormente el tiempo para la programación de la cita con un 42% de acuerdo y un 14% totalmente de acuerdo; finalmente los aspectos peor evaluados fueron los trámites para solicitar la atención y la organización del personal.

Tabla 7. Evaluación de la capacidad de respuesta

III. Capacidad de respuesta: disposición y voluntad de los empleados para ayudar al derechohabiente y proporcionar el servicio.												
Ítem	Totalmente en desacuerdo		En desacuerdo		Indiferente		De acuerdo		Totalmente de acuerdo		Total general	
	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr
III.A. Considera que los trámites para que le dieran son sencillos	18	7%	50	20%	41	17%	119	49%	17	7%	245	100%
III.B. El tiempo desde que programaron su cita hasta que la atendieron fue oportuno	50	20%	39	16%	17	7%	104	43%	35	14%	245	100%
III.C. El personal se mostró en disposición de atender cualquier pregunta	13	5%	41	17%	24	10%	142	58%	25	10%	245	100%
III.D. Considera que el personal está bien organizado para cumplir con sus funciones	29	12%	31	13%	49	20%	97	40%	39	16%	245	100%
III.E. El tiempo durante la consejería considera que fue adecuado	19	8%	49	20%	29	12%	118	48%	30	12%	245	100%

IV. Seguridad

Con respecto a la evaluación de la seguridad, la **Gráfica 10** muestra que los resultados fueron los más favorables de todas las dimensiones ya que la categoría que está de acuerdo tiene un 69% y totalmente de acuerdo un 14% ambas agrupando el 83% de las respuestas, mientras que los que contestaron en desacuerdo tienen un 3% y en total desacuerdo un 4%, finalmente el restante 10% se manifestó indeciso.



Gráfica 10. Evaluación de la seguridad de la atención

La **Tabla 8** muestra las respuestas obtenidas para cada variable de la dimensión de seguridad, en donde se obtuvo que el aspecto mejor evaluado es la seguridad que tienen de usar algún método de planificación familiar después de la consejería con un 75% de acuerdo y un 13% totalmente de acuerdo; posteriormente el valorar si el medico tenía conocimiento sobre el tema a explicar, se obtuvo un 75% que contestó estar de acuerdo y un 13% que totalmente de acuerdo; con respecto a si el medico inspiró credibilidad se obtuvo que el 86% están de acuerdo y el 12% totalmente de acuerdo, finalmente la evaluación del conocimiento del personal en general para resolver dudas se obtuvo que el 58% están de acuerdo y el 20% están totalmente de acuerdo.

Tabla 8. Evaluación de la seguridad de la atención

IV. Seguridad: conocimiento y atención mostrados por los empleados y sus habilidades para inspirar credibilidad y confianza.												
Ítem	Totalmente en desacuerdo		En desacuerdo		Indiferente		De acuerdo		Totalmente de acuerdo		Total general	
	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr
IV.A. El medico mostró conocimiento adecuado acerca de los métodos de planificación familiar	9	4%	10	4%	12	5%	183	75%	31	13%	245	100%
IV.B. El médico le inspiró credibilidad en lo que le explicó	12	5%	11	4%	26	11%	166	68%	30	12%	245	100%
IV.C. Después de la consejería, considera que se siente más seguro para utilizar algún método de planificación familiar	7	3%	5	2%	17	7%	185	76%	31	13%	245	100%
IV.D. En general el personal mostró conocimiento para resolver dudas	10	4%	2	1%	40	16%	143	58%	50	20%	245	100%

V. Empatía

La **Tabla 9** muestra los resultados para la dimensión de empatía en donde se obtuvo que el aspecto mejor evaluado fue si el médico mostro comprensión con sus necesidades con un 59% de acuerdo y un 11% totalmente de acuerdo; seguido por la amabilidad del personal con un 40% de acuerdo y un 16% totalmente de acuerdo; si en algún momento se sintió juzgada con un 36% en desacuerdo y un 19% totalmente en desacuerdo; el sentir que la atención que le dieron fue individualizada con un 41% de acuerdo y un 10% totalmente de acuerdo; el sentirse regañado por el medico con un 32% en desacuerdo y un 16% totalmente en desacuerdo y finalmente la accesibilidad de los horarios de atención con un 25% de acuerdo y un 12% totalmente de acuerdo.

Tabla 9. Evaluación de la empatía

V. Empatía: Atención Individualizada que ofrecen los empleados a sus clientes.												
Ítem	Totalmente en desacuerdo		En desacuerdo		Indiferente		De acuerdo		Totalmente de acuerdo		Total general	
	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr	Fa	Fr
V.A. ¿Cómo evalúa la amabilidad del personal que lo atendió?	30	12%	40	16%	39	16%	97	40%	39	16%	245	100%
V.B. Sintió que la atención que le dieron fue individualizada	11	4%	68	28%	42	17%	100	41%	24	10%	245	100%
V.C. Considera que los horarios de atención son accesibles	58	24%	58	24%	39	16%	60	25%	29	12%	245	100%
V.D. El medico mostró comprensión con sus necesidades	11	4%	39	16%	24	10%	145	59%	26	11%	245	100%
V.E. En algún momento se sintió juzgado	47	19%	88	36%	37	15%	53	22%	20	8%	245	100%
V.F. En algún momento sintió que se le regañó o se le ofendió	39	16%	79	32%	58	24%	57	23%	12	5%	245	100%

DISCUSIÓN

La importancia de evaluar la satisfacción percibida por parte de las usuarias de planificación familiar es una herramienta estratégica que ayuda no solo al desempeño de los programas institucionales, sino que también impacta directamente con la salud sexual de la población derechohabiente ayudándoles a decidir de manera informada sobre el uso de algún método que satisfaga sus necesidades.

La utilidad del presente estudio ayudo a conocer los aspectos susceptibles a mejorar por parte de la atención de planificación familiar y posteriormente dirigir los esfuerzos específicamente a ciertas características que pueden mejorar potencialmente la calidad de la atención.

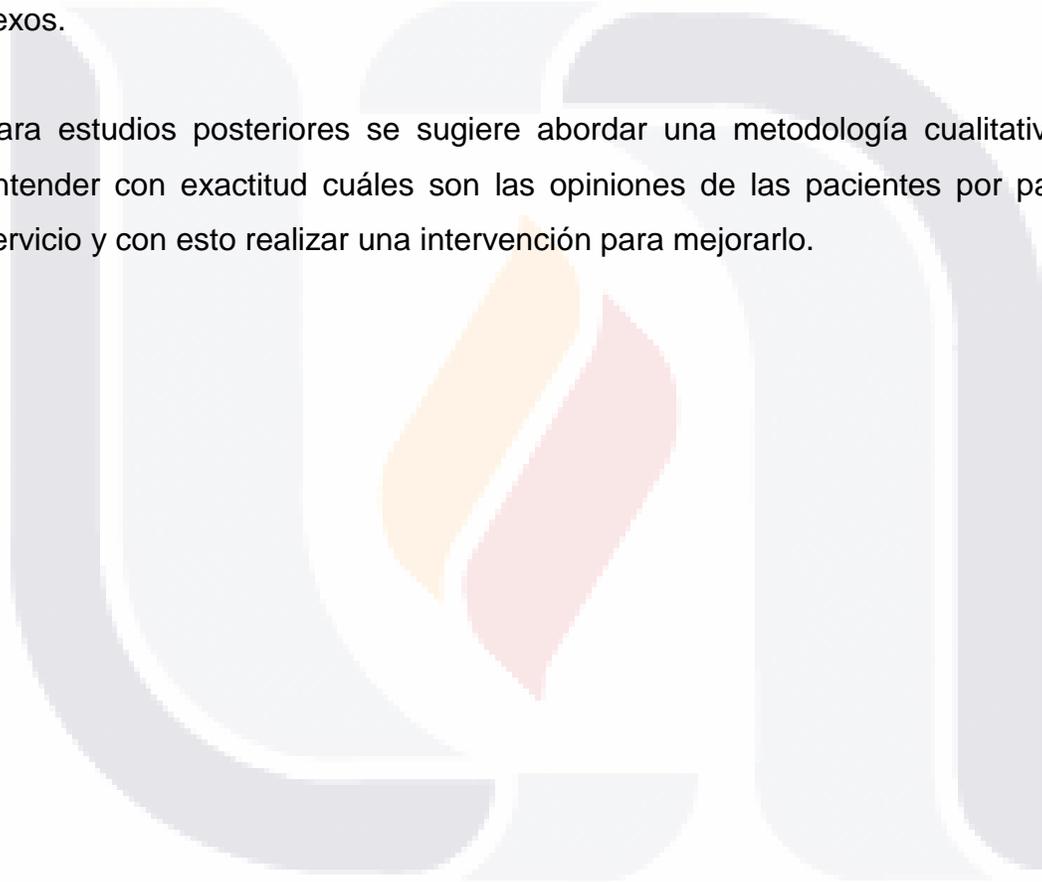
Los resultados de esta investigación dejaron notar que el problema no son los aspectos técnicos de la atención, sino que la debilidad más grande se encuentra en los aspectos personales relacionados con la calidez y la empatía.

Existe un sesgo importante a considerar en el presente estudio y es la presión probablemente percibida por parte del derechohabiente a contestar favorablemente la encuesta ya que durante la entrevista el responsable del trabajo se mantuvo al pendiente para aclarar dudas, no obstante las respuestas nos permiten obtener un acercamiento a su posición como usuario de la atención ofrecida.

En comparación con otros estudios que abordaron la metodología SERVQUAL en diferentes servicios; con relación a la evaluación del servicio de planificación familiar, no existen trabajos publicados que aborden la misma metodología, aun así los trabajos publicados abordan temas de evaluación de servicios de salud en particular.

En comparación con otros estudios que abordaron la metodología SERVQUAL en diferentes servicios. En el caso de Cordero N. (6) quien aplico la escala de SERVQUAL para evaluar el servicio de neurocirugía se obtuvieron resultados similares ya que la satisfacción general fue de 76% encontrando que los aspectos de empatía son las mayores debilidades del servicio. E. el caso de Carpio C. (7) quien analizó la satisfacción del servicio de medicina interna obtuvo que el 44.3 están satisfechos con el servicio con una diferencia significativa entre ambos sexos.

Para estudios posteriores se sugiere abordar una metodología cualitativa para entender con exactitud cuáles son las opiniones de las pacientes por parte del servicio y con esto realizar una intervención para mejorarlo.



CONCLUSIONES

Se encuestó a una población de mujeres con una edad promedio de 27 años en su mayoría casadas con la preparatoria terminada con un promedio de dos hijos, el método más utilizado de anticoncepción es el condón y por lo menos han asistido en una ocasión al servicio de planificación familiar.

En relación a la satisfacción percibida usando la escala SERVQUAL se obtuvo que la dimensión mejor evaluada fue en primer lugar la seguridad transmitida por el personal; seguida por la fiabilidad de la prestación del servicio; en tercer lugar las instalaciones físicas; en cuarto lugar la capacidad de respuesta de la institución y en último lugar la empatía mostrada por el personal de salud. Los aspectos peor evaluados del servicio de planificación familiar fueron, en primer lugar, los horarios de atención; seguidas por la evaluación general de la apariencia del mobiliario; sentirse regañadas por el médico durante la consejería; el no sentir una atención individualizada y la comodidad del mobiliario. Mientras que los aspectos mejor evaluados por parte de las mujeres derechohabientes fueron en primer lugar, la seguridad de utilizar algún método anticonceptivo; el conocimiento mostrado por parte del médico sobre los métodos de planificación familiar; la confidencialidad percibida; la apariencia del personal; la credibilidad del médico; el conocimiento del personal en general para atender dudas y finalmente el respetar un orden programado para recibir atención.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Organización Mundial de la Salud. Comunicación sobre planificación familiar en el marco de la salud reproductiva. Ginebra: OMS, 1997.
- 2.- Laza Vásquez C, Culture and birth planning: a debate still under construction, teoría y praxis investigativa, Volumen 3 - No. 2, Diciembre de 2008.
- 3.- Villagómez O. Mendoza V. Valencia J. Perfiles de Salud Reproductiva México. Consejo Nacional de Población. 2011.
- 4.- Matagira, G; Meza, J; Hernández, Y; Córdoba, N. (2008) Factores psicosociales que inciden en la adherencia de los usuarios jóvenes al programa de planificación familiar en la institución salud Darién IPS en el municipio de Apartado. Trabajo de grado. Antioquia: Universidad CES, 2008.
- 5.- Prieto, M. A; Escudero, M. J; Suess, A; March, J. C; Ruiz, A; Danet, A. Análisis de calidad percibida y expectativas de pacientes en el proceso asistencial de diálisis. An Sist Sanit Navar; 34(1): 21-31, ene.-abr. 2011.
- 6.- Cordero Tous N. Perceived quality in hospitals of the Andalusia Healthcare System. The case of neurosurgery departments. Rev Calid Asist; 29(6): 311-9, 2014 Nov-Dec.
- 7.- Carpio C. Guillermo E. The service quality in an internal medicine outpatient clinic of a public general hospital in Lima using Servqual score, Rev. Soc. Peru. Med. Interna; 21(4): 143-152, oct.-dic. 2008.
- 8.- Gómez-Payo S; Del Río-Moro O; Manrique-García A; Rodríguez-Martín MC; Fernández-Pardo MJ. Satisfacción del usuario en el Hospital Geriátrico Virgen del Valle de Toledo. Rev Calid Asist; 27(2): 78-84, 2012 Mar-Apr.

9.- Elorreaga Baudouin Y. G. García Montalva M. S. Relación entre la consejería y los conocimientos y actitudes de las usuarias nuevas al programa de planificación familiar sobre el uso del acetato de medroxiprogesterona en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - Callao, Lima – Perú 2012.

10.- Romero Quispe. S. E. “Percepciones y actitudes frente al rechazo al uso del dispositivo intrauterino T CU 380a en usuarias del servicio de planificación familiar del Hospital de Huaycán”. Enero - Marzo 2014.

11.- Estrada Msc F. Hernández Girón C. et al. Uso de servicios de planificación familiar de la Secretaría de Salud, poder de decisión de la mujer y apoyo de la pareja. Centro de Investigaciones en Salud Poblacional. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México. 2008.

12.- Núñez Rocha G. M. Alanís Alanís m. J. Diferencias en la utilización de métodos de planificación familiar por mujeres adolescentes en monterrey, México, según el modelo de educación sanitaria utilizado. Madrid ene.-feb. 2005

13.- Palacios, M. El estancamiento de la mortalidad materna en Colombia. Bogotá: Editorial Imprenta Nacional. Febrero2004.

14.- Mata Maqueda I. Factores asociados a la baja cobertura de planificación familiar en mujeres indígenas, en edad fértil, con vida sexual activa, de San Ildefonso, Amealco, Factores asociados a la baja cobertura de planificación familiar en mujeres indígenas, en edad fértil, con vida sexual activa, de San Ildefonso, Amealco.

15.- Orihuela A. Evaluación de la calidad de atención del Servicio de Planificación Familiar del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Lima, Perú, 2011.

16.- Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. En: OPS/OMS, editores. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Washington D.C.:OPS/OMS ;1992.p.382-404. (Publicación Científica; 534).

17.- Cantú, D. H. (2001). Desarrollo de una Cultura de Calidad. Editorial McGraw Hill. México.

18.- Alanís Salazar J. Núñez Rocha G. El modelo de creencias en salud (hbm) y su impacto en el programa de planificación familiar en la adolescente embarazada.

19. - Ajzen, I. y Fishbein (1980). Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

20.- Cabrera, G. Tascón, J. & Lucimí, D. (2001). Creencias en Salud: Historia, Constructos y aportes a modelo. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 19, 91-101.

21.- Leventhal, H. et al. (1997). Illness representations: Theroetical Foundations. In K. J. Peitre y J. Weiman (Eds). Perceptions of health and illness: Current research and applications (pp. 19-45). Amsterdam: Harwood Academic Publishers.

22.- Oviedo G. La definición del concepto de percepción en psicología. Con base en la teoría de Gestalt. Revista de estudios sociales, no. 18, agosto de 2004, 89-96

23.- Secretaría de Salud; Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA CENSIDA; MANUAL SOBRE CONSEJERÍA EN VIH/SIDA E ITS; México, D.F; 2006.

24.- Aramburu, M. Jerome Seymour Bruner: de la percepción al lenguaje, revista iberoamericana de educación, (ISSN: 1681-5653)

25.- Neisser,U. Psicología cognitiva. México, Trillas, 1981.

26.- Hermann von Helmholtz and the foundations of Nineteenth century Science. Los Ángeles: University of California Press, 1994.

27.- Luria R A – (1984) Sensación y Percepción. Madrid.2004

28.- Arnheim Rudolph (1954) arte y percepción visual, Madrid, Alianza, 1993.

29.- Medicina, S. & León, J.M. (2004). Modelos explicativos de la psicología de la salud. En J.M. León, S. Medina, S. Barriga, A. Ballesteros y I.M. Herrera (Eds.). Psicología de la salud y calidad de vida (pp. 61-95). Barcelona España: UOC.

30.- Mariel Ciafrago, La teoría de Gestalt en el marco del lenguaje visual.

31.- Bruner, J. (1964). The course of cognitive growth, American Psychology.

32.- Feldman Robert. Psicología. México D.F. Mc Graw Hill, 1999-646p.

33.- Blake. R. y Ramsey G. Perception and approach to personality.

34.- Taylor, S. (2007). (2007). Psicología de la salud (6° edición). México, D.F. Mc Graw.-Hill.

35.- Boring, E. (1992). Historia de la psicología experimental. México: Trillas.

36.- León Palacios S. E. Costumbres que influyen en la elección de métodos anticonceptivos en usuarias de planificación familiar del C. S. San Fernando, Lima – 2005.

37.- Langer-Glas A. Embarazo no deseado y el aborto inseguro: su impacto sobre la salud en México. Gac Med Mex 2003; 139: S3-S7

38.- INEGI, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID),2009.

39.- Dirección de Incorporación y Recaudación (DIR) IMSS población delegacional 2014.

40.- Sistema de Información en Medicina Familiar (SIMF). Coberturas de programas integrados en salud, 2014.

41.- NOM 005-SSA2-1993, NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar.

42.- Estadísticas Médicas IMSS DATAMART 2014.

43.-Portal IMSS Planificación Familiar: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/planificacion-familiar>

44.- Sistema de Información de Mortalidad (SIMO) cierre 2014.

ANEXOS

Anexo 1.- Carta de consentimiento Informado

Anexo 2.- Instrumento



ANEXO 1.- Carta de consentimiento informado



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE
SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



Nombre del estudio: Satisfacción percibida de la consejería en planificación familiar en mujeres en edad reproductiva
derechohabientes de la UMF #10 delegación Aguascalientes. Por medio de la presente acepto participar en el
proyecto de investigación titulado:

Lugar y fecha: Aguascalientes, Ags. a _____ de _____ 2015.

Registro ante el Comité Local de Investigación en Salud con el número: _____

Justificación y objetivo: La información adecuada sobre planificación familiar (consejería) es de importancia
fundamental, ya que permite al derechohabiente ejercer sus derechos, reconocer los métodos anticonceptivos y de
tomar decisiones independientes. Debe incluir orientación sobre los métodos, así como la salud sexual y
reproductiva. El objetivo de este estudio es identificar la satisfacción percibida de la consejería en planificación
familiar en mujeres en edad reproductiva derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar #10 delegación
Aguascalientes

Procedimiento: Se me ha informado y explicado ampliamente que mi participación consistirá en contestar un
cuestionario sobre algunos datos personales y mi percepción sobre el servicio de consejería en planificación familiar.

Riesgos y molestias: No existen riesgos potenciales de la aplicación del cuestionario.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Directamente no se recibirá beneficio; pero de manera
indirecta ayudará a mejorar el servicio de consejería en planificación familiar.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: El investigador se ha comprometido a darme información
oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mí en la atención de
los pacientes, así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le planteé acerca de los
procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la
investigación.

Participación o retiro: Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en el momento que deseé
conveniente.

Privacidad y confidencialidad: El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en
las presentaciones o publicaciones que presenten este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán
tratados de forma confidencial, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Beneficios al término del estudio: Conocer, identificar y describir la satisfacción percibida de la consejería en
planificación familiar en mujeres en edad reproductiva derechohabientes de la UMF+

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a investigador responsable: Dra. Edith
Saucedo Rojas, Jefatura de Clínica UMF #10 turno vespertino, domicilio Avenida de la Convención de 1914 #102
Col. Industrial, Aguascalientes, Aguascalientes. Código Postal 20030. Tel: 449-129-16-00. e-mail
saroedith@hotmail.com

Testista: Dr. René Hernández De la Rosa. Lugar de trabajo Unidad de Medicina Familiar #1

Domicilio: José María Chávez #1202 Col. Lindavista, Aguascalientes, Aguascalientes. Código Postal 20270. Tel.
(449) 9-14-50-51. e-mail fmciasncarlos@hotmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de
Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B". Colonia Doctores. México, D.F., CP
06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comisión etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo

Testigo

Anexo 2.- Instrumento

Folio			
--------------	--	--	--

**Cuestionario para medir la satisfacción percibida de la consejería en
Planificación Familiar
Datos sociodemográficos**

Nombre Completo: _____

Edad: _____

Consultorio: _____ **Turno:** _____

Nivel de estudios hasta el último nivel terminado:

- (a) Nada
- (b) Primaria
- (c) Secundaria
- (d) Preparatoria
- (e) Universidad
- (f) Post grado

Estado civil:

- (a) Soltera
- (b) Casada
- (c) Unión Libre
- (d) Divorciada
- (e) Viuda

¿Practica alguna religión? _____ **Número de embarazos** _____ **Número de hijos** _____

Antecedentes

En los últimos tres años, con qué frecuencia tu o tu pareja, han utilizado alguno de los siguientes métodos:

Método	Veces
Preservativo (condón)	
Pastillas Anticonceptivas	
Parche Anticonceptivo	
Anticoncepción Hormonal Inyectable	
Dispositivo Intrauterino	
Dispositivo Intrauterino con Levonorgestrel	
Implante Hormonal Subdérmico	
Píldora del día siguiente	
Salpingoclasia (OTB)	
Vasectomía	

¿En el último año cuantas veces ha acudido al servicio de planificación familiar? _____ veces

Cuestionario SERVQUAL para medir la satisfacción con la consejería familiar

- I. Elementos tangibles:** Apariencia de las instalaciones físicas, equipos, empleados y materiales de comunicación.

I.A. En general como evaluaría la apariencia de las instalaciones de la unidad (paredes, ventanas, inmobiliario, etc.				
Pésimo	Inadecuado	Indiferente	Adecuado	Excelente
I.B. Como evaluaría la limpieza de las instalaciones				
Pésimo	Inadecuado	Indiferente	Adecuado	Excelente
I.C. Como evaluaría la apariencia del personal				
Pésimo	Inadecuado	Indiferente	Adecuado	Excelente
I.D. Las carteleras, anuncios, folletos, avisos de señalización u hojas informativas, son visualmente atractivas.				
Pésimo	Inadecuado	Indiferente	Adecuado	Excelente
I.E. Como evaluaría la comodidad de las sillas, camas, etc.				
Pésimo	Inadecuado	Indiferente	Adecuado	Excelente
I.F. Desde su opinión, el espacio donde se le atendió facilita la confidencialidad				
Totalmente desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

- II. Fiabilidad o presentación el servicio:** Habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa, tales como: eficiencia, eficacia, efectividad, repetición y problemas.

II.A. En todo momento se respetó un orden para que lo atendieran				
Totalmente desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
II.B. El medico mostró interés en la resolución de sus problemas				
Totalmente desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
II.C. El medico identificó su problema de forma precisa				
Totalmente desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
II.D. La explicación que le dieron considera que fue suficientemente clara				
Totalmente desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
II.E. Considera usted que el servicio satisficó sus expectativas				
Totalmente desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

- III. Capacidad de respuesta:** disposición y voluntad de los empleados para ayudar al derechohabiente y proporcionar el servicio.

III.A. Considera que los trámites para que le dieran son sencillos				
Totalmente desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
III.B. El tiempo desde que programaron su cita hasta que la atendieron fue oportuno				
Totalmente desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
III.C. El personal se mostró en disposición de atender cualquier pregunta				
Totalmente desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
III.D. Considera que el personal está bien organizado para cumplir con sus funciones				
Totalmente desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
III.E. El tiempo durante la consejería considera que fue adecuado				
Totalmente desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

IV. Seguridad: conocimiento y atención mostrados por los empleados y sus habilidades para inspirar credibilidad y confianza.

IV.A. El medico mostró conocimiento adecuado acerca de los métodos de planificación familiar				
Totalmente desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
IV.B. El médico le inspiró credibilidad en lo que le explicó				
Totalmente desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
IV.C. Después de la consejería, considera que se siente más seguro para utilizar algún método de planificación familiar				
Totalmente desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
IV.D. En general el personal mostró conocimiento para resolver dudas				
Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo

V. Empatía: Atención Individualizada que ofrecen los empleados a sus clientes.

V.A. ¿Cómo evalúa la amabilidad del personal que lo atendió?				
Totalmente desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
V.B. Sintió que la atención que le dieron fue individualizada				
Totalmente desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
V.C. Considera que los horarios de atención son accesibles				
Totalmente desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
V.D. El medico mostró comprensión con sus necesidades				
Totalmente desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
V.E. En algún momento se sintió juzgado				
Totalmente desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
V.F. En algún momento sintió que se le regañó o se le ofendió				
Totalmente desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo