

23
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

CARRERA LICENCIATURA EN ENFERMERIA
Y OBSTETRICIA

"FACTORES QUE CONDICIONAN EL USO DEL
DISPOSITIVO INTRAUTERINO COMO METODO
ANTICONCEPTIVO EN LAS MUJERES CON VIDA
SEXUAL ACTIVA DE LAS COMUNIDADES
PERTENECIENTES A LOS MODULOS I Y II DE
ATOYAC DE ALVAREZ, GUERRERO"

TESIS PROFESIONAL GRUPAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA
Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A N :

MARIA ELENA MONTAÑEZ GODOY
PAZ MARIBEL NAVARETE MOLINA



MEXICO, D. F.,

1993

V. B. Lic. Esquivel Casula H.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	Página
INTRODUCCION	1
JUSTIFICACION	3
OBJETIVOS	4
METODOLOGIA	5
I. MARCO TEORICO	6
1. Aspectos socioeconómicos de la mujer en el ámbito rural.	7
2. La Planificación Familiar en México.	12
2.1. Aspectos Organizativos	13
2.1.1. Antecedentes del programa de Planificación Familiar en México.	13
2.1.2. Estrategia de Extensión de Cobertura.	16
2.1.3. Antecedentes del programa de Planificación Familiar en Guerrero.	22
2.1.4. Generalidades de Planificación Familiar.	26
2.2. Aspectos Normativos	28
2.2.1. Bases Jurídicas que respaldan la Planificación Familiar.	28
2.2.2. Norma Técnica número 22 para la Planificación Familiar en la atención primaria a la salud.	30
2.2.3. Normatividad sobre la prestación de los servicios comunitarios.	38
2.3. Aspectos operativos.	42
2.3.1. Líneas de acción para poner en práctica el programa de Planificación Familiar.	42
2.3.2. Recursos humanos.	49
2.3.3. Recursos materiales.	49
3. Paquete Anatómico-Fisiológico Femenino	51
3.1. Organos externos	52
3.1.1. Monte de venus	52
3.1.2. Labios mayores	53
3.1.3. Labios menores o ninfas	53
3.1.4. Clitoris	54
3.1.5. Vestíbulo	54

INDICE

	Página
3.1.6. Orificio uretral	54
3.1.7. Orificio vaginal e himen	55
3.1.8. Periné o perineo	55
3.1.9. Vasos y nervios de la vulva	56
3.1.10. Glándulas mamarias	56
3.1.11. Vasos y nervios de la glándula mamaria	57
3.2. Organos internos:	60
3.2.1. Vagina	60
3.2.2. Utero	60
3.2.3. Cuello uterino	61
3.2.4. Ligamentos del útero	63
3.2.5. Trompas de Falopio	66
3.2.6. Ovarios	66
4. Dispositivo Intrauterino	71
4.1. Concepto y características	72
4.2. Tipos y origen	72
4.3. Mecanismo de acción	74
4.4. Indicaciones	74
4.5. Contraindicaciones	75
4.6. Efectos adversos y/o complicaciones	75
4.7. Técnica de aplicación	77
4.8. Orientación a la usuaria-control y seguimiento	78
4.9. Estadísticas del uso de métodos anticonceptivos	79
II. RESULTADOS	80
1. Análisis de cuadros	81
III. CONCLUSIONES	103
IV. SUGERENCIAS	106
V. GLOSARIO DE TERMINOS	108
VI. ANEXOS	116
1. Instrumento de recolección de datos	117
2. Croquis	119
VII. BIBLIOGRAFIA	121

INDICE DE CUADROS

	Página
Cuadro 1. Métodos empleados por las usuarias.	86
Cuadro 2. Nivel educacional.	87
Cuadro 3. Número de mujeres que tienen algún conocimiento o no del DJU.	88
Cuadro 4. Agente que dio a conocer el Dispositivo Intrauterino.	89
Cuadro 5. Medio del cual se valió el agente para dar a conocer el Dispositivo Intrauterino.	90
Cuadro 6. Alteraciones que se cree puede provocar el Dispositivo Intrauterino.	91
Cuadro 7. Razones por las que prefieren otro método anticonceptivo y no el Dispositivo Intrauterino.	92
Cuadro 8. Religión que profesan las usuarias	93
Cuadro 9. Impedimentos de tipo religioso que argumentan para no utilizar el DJU.	94
Cuadro 10. Tipo de costumbre o creencia en la familia que argumentan para no utilizar el DJU.	95
Cuadro 11. Razones personales por la que no usan el Dispositivo Intrauterino.	96
Cuadro 12. Tipo de método que utilizaban anteriormente las usuarias del DJU.	97
Cuadro 13. Razones por las que las usuarias del DJU aceptaron a colocación del mismo.	98
Cuadro 14. Tipos de problemas de salud que presentaron las usuarias del DJU a partir de su colocación.	99
Cuadro 15. Orientación que se les dio a las usuarias del DJU antes de su colocación.	100
Cuadro 16. Orientación que se les dio a las usuarias del DJU después de la colocación del mismo.	101
Cuadro 17. Usuarías que cuentan con salpingoelasia y que en caso de haber conocido el DJU lo hubiesen usado o no antes de a cirugía y sus razones para hacerlo.	102

INTRODUCCION

Con la finalidad de realizar una tesis profesional grupal como opción de titulación y de proporcionar información que permita mejorar la calidad de la prestación de servicios de Planificación Familiar en la Estrategia de Extensión de Cobertura y con base en las experiencias vividas durante el servicio social, se realizó un protocolo de investigación que se llevó a la práctica y el cual finaliza con la presentación de este trabajo.

Durante la estancia en las comunidades y el estar inmersas en el programa de Planificación Familiar que se lleva a cabo en éstas, permitió observar que el número de usuarias del Dispositivo Intrauterino (D.J.U.) es reducido en comparación con otros métodos, siendo estos últimos de acuerdo a las características y educación de las mujeres de esos lugares, es difícil que se lleve la continuidad en la ministración de éstos; además de que provocan más efectos colaterales, las contraindicaciones son numerosas en comparación con el D.J.U., por lo que esto da pie a querer encontrar las razones por las que no es utilizado, realizándose así esta investigación.

Su elaboración duró aproximadamente un año, comenzando con la delimitación del problema al cual se le unieron los demás puntos (puntos a tratar del marco teórico, objetivos, hipótesis, operacionalización de variables, metodología) hasta dar forma a lo que sería el proyecto de investigación, el cual, una vez aprobado se aplicó, comenzando por la recopilación del material bibliográfico para la elaboración del marco teórico donde se abarcan los puntos siguientes:

Aspectos socioeconómicos de la mujer en el ámbito rural, La Planificación Familiar en México, Paquete Anatómico-Fisiológico Femenino e Información sobre D.J.U.

El siguiente paso fue la aplicación de cuestionarios para la obtención de datos a las mujeres seleccionadas para la muestra de las diferentes comunidades trabajadas, y tuvo una duración de dos meses, seguido por la revisión de formularios, procesamiento de datos, presentación de la

información y explicación e interpretación de la misma, lo que arrojó resultados tales como que los hormonales y la oclusión tubaria bilateral (O.T.B.) ocupan los primeros lugares en utilización debido a la deficiente información sobre los métodos anticonceptivos pero en especial del D.J.U., aunado a la falta de preparación escolar de las usuarias que da como resultado ideas equivocadas sobre él, además de otros que se presentan más adelante, así como las conclusiones y sugerencias que de ellas surgen.

JUSTIFICACION

Debido a la problemática que vive la población rural actualmente en lo que a economía, trabajo y vivienda se refiere, es primordial realizar promoción de manera constante y continua sobre metodología anticonceptiva, pues aunque ya es aceptado el uso de métodos de planificación familiar no lo es en su totalidad, ya que se tienen muchas dudas aún sobre éstos debido a que su difusión es deficiente en general, pero en este caso destaca aquella que se refiere al D.J.U., ya que éste cuenta con un número reducido de usuarias y que por las características de ésta población en relación a su educación, actividades y costumbres, sería una opción ideal para gran parte de las mujeres, debido a que presenta mínimos efectos colaterales y contraindicaciones, una vez utilizado es menos frecuente la deserción, así como el empleo de éste durante la lactancia materna coadyuvando a ampliar el período intergenésico disminuyendo la morbi-mortalidad materno-infantil y la tasa de natalidad, mejorando así el nivel de vida.

De aquí surge la interrogante sobre los factores que influyen en la aceptación del D.J.U. realizándose la presente investigación para encontrar respuesta a este cuestionamiento, y una vez obtenidos los resultados poder proporcionar alternativas de solución que pudiesen contrarrestar las causas por las que no es usado, brindando líneas de acción al personal de salud que labora en estas comunidades y quien es encargado de promover la planificación familiar, enfatizando además, que tanto dicha investigación como el servicio social rural permite el desarrollo profesional del pasante ya que le brinda ricas experiencias permitiéndole estar en contacto con la comunidad así como llevar a la práctica lo aprendido a lo largo de la carrera.

OBJETIVOS

Indicar aquellos factores que condicionan la aceptación del DJU como método anticonceptivo por las mujeres con vida sexual activa pertenecientes a los módulos I y II de Atoyac de Alvarez, Guerrero.

Proponer alternativas de solución que permitan establecer líneas de acción de acuerdo a los resultados obtenidos.

METODOLOGIA

El trabajo de Investigación que a continuación se presenta se considera de tipo descriptivo ya que esta dirigido a determinar los factores condicionantes del uso del DJU en las mujeres de las comunidades pertenecientes a los módulos I y II de Atoyac de Alvarez, Guerrero, para ello se tomo como universo a aquellas que tienen entre 15 y 45 años, y vida sexual activa siendo un total de 1,096 comprendidas en los Censos de Población con que cuenta cada auxiliar de salud, y para tomar la muestra se plantearon como base los siguientes requisitos :

- 1.- Que se encontraran en el Programa de Planificación Familiar.
- 2.- No tener mas de 4 hijos.
- 3.- Ser o no usuaria del DJU.
- 4.- Que tengan OTB pero no mas de 4 hijos.
- 5.- Aquellas mujeres que ingresaron al Programa en el periodo de aplicación de formularios.

De acuerdo a lo anterior, la muestra suma un total de 300 mujeres. Una vez determinada la muestra, se realizó la aplicación del instrumento de recolección de datos (cuestionario) a través de la entrevista individual y en su domicilio, aprovechando la visita a la comunidad.

Posteriormente se revisaron los cuestionarios, seguido del procesamiento de datos que fue hecho por medio del método de paloteo determinando frecuencia y porcentajes por cada variable se manejaron uno o varios cuadros. Una vez obtenida la información en forma numérica, se procedió al análisis de cada cuadro tomando los aspectos relevantes que dieron pie a los resultados y posteriormente a las conclusiones.

I. MARCO TEORICO.

**1 ASPECTOS
SOCIOECONOMICOS DE
LA MUJER EN EL AMBITO
RURAL.**

A través de la historia, a los mexicanos se les ha considerado como un pueblo con un pasado misterioso, lleno de leyendas, tradiciones, costumbres e ideas que va arrastrando a lo largo de los años y que aún, en éstos tiempos, siguen regidos o atados a ellas, pues aunque se intente salir o cambiar estas "normas" son nuevamente atraídos, porque sea cual sea la clase social o color todos llevan dentro a esos antepasados que han forjado a este país.

Un ejemplo claro de lo anterior es lo que se dice de la mujer mexicana: "La mujer es una figura enigmática. Mejor dicho, es el Enigma. A semejanza del hombre de raza o nacionalidad extraña, incita y repele. Es la imagen de la fecundidad, pero así mismo de la muerte. En casi todas las culturas las diosas de la creación son también deidades de destrucción. Cifra viviente de la extrañeza del universo y de su radical heterogeneidad, la mujer... ¿esconde la muerte o la vida?, ¿en qué piensa?, ¿piensa acaso?, ¿siente de veras?, ¿es igual a nosotros?"... (1), a lo que otros también se cuestionan "¿cuáles son los pensamientos, los intereses y las ideas femeninas?. Lo único que se puede plantear a ese respecto es que los pensamientos femeninos no existen por ahora, por extraño que parezca, la imaginación, los intereses y el espíritu netamente femenino se desconocen en la actualidad ya que no ha podido florecer, ahogados por el sistema que predomina". (2)

El sistema al que se hace referencia es el que ha figurado siempre, donde el hombre es quien domina y quien determina el pensar, sentir y hacer de la mujer, como lo viene haciendo desde años atrás, pues, echando una mirada al pasado, es bien sabido que en la época prehispánica la sociedad era predominantemente patriarcal, donde la mujer sólo debía obedecer, servir y procrear, servir y obedecer (siempre al hombre) ya fuera al padre, hermano o marido y procrear una vez que hubiera contraído matrimonio, al cual debería llegar virgen.

"Al identificarse con el aspecto Vida-Fertilidad lo hacía con manifiesto orgullo, pues al tener hijos y muchos, se realizaba su valor ante ella misma, ante el hombre a quien le probaba con esto su efectividad en la cópula, y se aunaba así con las contrapartidas cósmicas de su ser, o sea con las numerosas diosas de la fertilidad que aquellos hombres con toda su valentía y gallardía aún adoraban, toma preponderancia en ella la idea de tener valor a través de la fertilidad y el sacrificio". (3)

Ya para los tiempos de la conquista se le unen además de éstos sentimientos, la aceptación del ultraje y discriminación por parte del hombre español que sin consideración de ninguna índole se aprovecha de ella, y no sólo eso sino que la deja

(1) PARZ, Octavio, *El laberinto de la Soledad*, p.60

(2) ALEGRIA, Juana Armonda, *Psicología de los mexicanos*, p.86

(3) BONFARZ, de Novelo Ma. Eugenio, *La mujer mexicana (Análisis histórico)* p.5

con la responsabilidad de los hijos y la casa, al igual que antes "encuentra su único valor en la sexualidad, en su servilismo y en dar hijos, varones preferentemente porque las mujeres pudieran ser causa de vergüenza y preocupación del padre".(4)

De aquí en adelante se le dará a la mujer el valor de un puro objeto que satisface las necesidades del hombre, en especial las de tipo sexual donde no se toman en cuenta ni las emociones ni sensaciones compartidas, sino su exclusiva satisfacción, quedando así el pensamiento de que al ser usada tenía el gusto de haber servido de "algo" o ser tomada en cuenta aunque fuera sólo para eso, lo que no cambia en las etapas posteriores de la colonia, independencia y revolución, pues no importando la clase social a la que perteneciera, la mujer sigue bajo la tutela del hombre ya sea padre o marido y no siendo esto suficiente también se toma a la iglesia como autoridad que dirige los actos de la mujer.

Aún cuando al presentarse la época de la independencia, la mujer toma un lugar destacado al unirse a los actos sociales que se desarrollaban en esos tiempos, lo mismo que en la revolución, pues cualquiera que hubiera "bola" ahí estaban ellas peleando al unísono con sus hombres, sin embargo las cosas son como en un principio, ser la sombra del varón, porque, aunque para las batallas se les considerara como un igual, en las demás cuestiones seguía el servilismo tanto de tipo doméstico (hacer de comer, lavar, etc.) como de tipo sexual y reproductivo, que contra lo que se piense no es impedido por las batallas.

No es posible decir que a través de todas estas épocas no ha cambiado la situación de la mujer en nuestro país, pues dentro de lo que se ha obtenido, se tiene el derecho a la educación, que, aunque no hay una participación tan activa u homogénea, ya se vislumbran destellos de quienes aprovechan esta actividad, en otros tiempos preferentemente masculina, y se dice que no es homogénea porque en las grandes ciudades es donde se ven estos destellos, pero, ¿qué pasa con las zonas rurales? ¿a caso con sólo la primaria debe conformarse ese grupo de población?, tal vez se crea que no tienen aspiraciones, pero al no tener escuelas cercanas a sus comunidades, deben conformarse con aprender a leer y escribir, y quizá a sumar y restar, con un maestro que de 5 días a la semana sólo asiste 3, de 4 horas cada uno, siendo ésta una causa de que los padres sigan con la preferencia de darle estudios al varón o varones de la familia, pues ellos serán quienes al casarse "mantendrán económicamente" su hogar, y también de ahí que esos mismos padres y aún las hijas piensen que para ellas "va a ser más importante pensar en el novio que estudiar, no entienden qué sentido tiene estudiar mucho si al fin y al cabo se va a casar y los certificados no le van a servir en su matrimonio" (5) "o en el remoto caso que puedan seguir en la escuela, se le orienta hacia carreras

(4) BONIFAZ, de Novela Ma. Eugenia, *Ibidem*, p.10.

(5) AAVVADA, Clara Eugenia, *La mujer: explotación, lucha, liberación*, p.66-67.

que le permitan incorporarse lo antes posible al mercado de trabajo, mientras que a los hombres, se les impulsa y facilita la continuación de sus estudios hasta el nivel superior." (6)

Como un pequeño ejemplo de lo anterior, en el municipio de Atoyac de Álvarez en Guerrero, la población de mayores de 6 años que es un total de 48,833, 23,868 son hombres, de los cuales 4,468 no tienen instrucción primaria, 6,662 sí cuentan con ella, el resto se encuentra cursándola; respecto a las mujeres hay un total de 24,935, de las que 5,758 no tienen estudios de primaria, cuentan con ella 5,882 y el resto aún la cursan. Referente a la población mayor de 15 años, siendo un total de 33,655, 17,500 son mujeres de las que 13,297 son alfabetas, 4,182 analfabetas, hombres hay 16,155, 13,683 alfabetas y 2,454 analfabetas (7) que, aunque se crea que las diferencias son mínimas, éstas no debieran existir, principalmente en estos dos aspectos, pues son básicos, y esta situación no es aprovechada por los varones quienes prefieren dedicar ese tiempo a otras actividades o al trabajo del campo, lo que no sólo ellos hacen, sino también las mujeres que de ésta forma se integran al campo laboral o bien se emplean como domésticas, haciendo lo único que han aprendido, que son los quehaceres del hogar, consecuencia de todo lo anterior, debiendo aclarar que a esas actividades no se les consideran "trabajos". "Por eso se dice que la mujer indígena ocupa casi siempre el peldaño más bajo de la estratificación social en México. Estas vienen a ser, de hecho, doblemente esclavas del hombre y del medio ambiente natural y social. La mujer debe llevar sobre sus hombros el peso y la responsabilidad en cuanto a la economía familiar cuidando de los hijos, acarreo de agua y leña, lavado de ropa, preparación de alimentos, etc," (8) lo que hace que el nivel de vida de la mujer no sea nada favorable y en especial en el área rural, pues al no tener oportunidad de adquirir una buena preparación académica no es posible encontrar un buen trabajo, por consiguiente, debe seguir viviendo a expensas de lo que se le proporcione, "condicionada a la obediencia, permanece indiferente a todo, incluso ante las funciones de su propio organismo, por ejemplo desconoce su sistema reproductivo (tan apreciado)," (9) resultado también de la insuficiente preparación que viene a ser un arma pues no pueden controlar las funciones de su cuerpo, considerado peligroso que lo hagan pues esto serviría para obtener cierta libertad para tomar más decisiones sobre varios aspectos de su vida, pero, desafortunadamente el fenómeno de la reproducción "se ha ido convirtiendo en una imposición que la obliga independientemente de su querer a la maternidad. Al dar a una función fisiológica el rango de factor determinante en la estructura de

(6) PROGRANNA Nacional Mujer y Salud, *La salud de la mujer en México cifras comentadas*, p.41.

(7) INSTITUTO Nacional de Estadística, Geografía e Informática, *XI Censo general de población y vivienda 1990*, p.172-264.

(8) EUU, de Leñero Mo. del Carmen, *Hacia dónde va la mujer mexicana*, p.30.

(9) RILEGARR, Juana Armondo, *Psicología de las mexicanas*, p.26

la sociedad, no sólo se justifica la discriminación de la mujer, su status subordinado y se oculta su real participación en la lucha de clases, sino que se erige en su torno una espesa construcción ideológica, basada en supuestas características propias y fatales de la mujer, ternura, paciencia, debilidad física e intelectual destinadas a enajenarla y a la vez a reproducir y mantener las condiciones de inferioridad y explotación que ha vivido.

Así a la mujer se le entrapa en un aparente callejón sin salida: por un lado su misión principal y única es producir hijos, a ellos debe subordinarse rodeada del aura de la abnegación, pero por el otro sigue siendo la gran pecadora y la culpable de la explosión demográfica y con ello de la mayoría de los males que padece la sociedad." (10)

Un factor que ha sido determinante en esta situación es la influencia de la religión, porque mucha gente guía sus actos de acuerdo a su fe, que aunque en este país hay una gran gama de creencias aún predomina la católica que "tiene una base esencialmente patriarcal, y que, como tal, tiene una serie de tabúes, inhibiciones y mistificaciones sociales, intelectuales, biológicas y morales que refuerzan los valores patriarcales ya existentes y obstruyen el adecuado desarrollo de la femineidad, y esa misma influencia puede convertirse en un importante obstáculo para la adecuada planificación familiar," (11) pues es bien sabido que "la iglesia católica sólo permite la abstinencia total y fuera de ésta el único método permitido de evitar los nacimientos (y esto por causas graves) es la abstinencia temporal durante el período fértil de la mujer, el así llamado método del ritmo," (12) más al implementarse los programas de Planificación Familiar donde se contemplan los métodos anticonceptivos artificiales se crea un conflicto de valores, por lo que más importante es dar elementos a la pareja para que de manera libre y consciente decidan sobre el uso de los métodos.

Aunque esto, actualmente es llevado a la práctica no se han obtenido los resultados esperados porque "el fracaso del control natal en México se explica simplistamente por "los prejuicios" o "la ignorancia" del pueblo pues millares de parejas tienen arraigadas tradiciones socioculturales, religiosas y morales que les hacen pensar que espaciar los embarazos es oponerse a leyes naturales, sin tomar en cuenta que deben procurar traer al mundo los hijos a los cuales les van a dar los elementos necesarios para ser felices y forjarse un futuro." (13)

(10) RABANDA, Clara Eugenia, *La mujer, explotación, lucha, liberación*, p.48

(11) RILEGARRA, Juana Amanda, *Psicología de los mexicanos*, p.174

(12) RANTARES, Tercer Mundo, *Españolidad y Planificación Familiar entre los católicos*, p.7

(13) RABANDA, Clara Eugenia, *Ibidem*, p.171

2. PLANIFICACION FAMILIAR EN MEXICO.

2.1. ASPECTOS ORGANIZATIVOS.

2.1.1 Antecedentes del Programa de Planificación Familiar en México.

"En 1922 el líder agrarista Felipe Carrillo Puerto llegó a incluir en su programa de Reforma Agraria un capítulo referente a Planificación Familiar e intentó aplicar este programa en varias comunidades del Estado de Yucatán, a través de una campaña educativa que incluyó la distribución de folletos explicativos ilustrados con los métodos de planificación familiar existentes en la época.

Pero por esos años no se vislumbra la expansión demográfica como un problema de graves repercusiones sociales, económicas, políticas y médicas para el país. Por el contrario, aquellos son los años del impulso inicial a las políticas demográficas pro-natalistas que cristalizaron en la Ley General de Población promulgada en 1936 y reformada ligeramente en 1947. Esta última establece que "el aumento de la población debe procurarse I- Por el crecimiento natural y II-La inmigración" y para ello "se dictarán o promoverán las medidas adecuadas al fomento de los matrimonios y el aumento de la natalidad." Paralelamente a la ley se desarrollaron diversos mecanismos sociales que apoyaron ese crecimiento: las normas religiosas, las costumbres, los patrones matrimoniales y las estructuras familiares, de tal manera que todas estas razones de carácter cultural, social y político resultaron determinantes para que después de 1922 no se reanudara las actividades de Planificación Familiar en México sino hasta 1959, año en que se funda la Asociación Pro-Salud Maternal. Esta institución impulsó la difusión de las primeras publicaciones científicas mexicanas sobre el uso de los anticonceptivos orales." (14)

"Posteriormente, en junio de 1964, se fundó el Centro de Investigaciones de la Fertilidad y Esterilidad (CJFE) que proyectó a México en el ámbito mundial de la investigación en control de fecundidad, ya que ahí se realizaron los primeros estudios con diferentes esteroides anticonceptivos, sistemas que actualmente se usan en todo el mundo. Así también se inició, en el Hospital de la Mujer dependiente de la S.S.A., un programa anticonceptivo que benefició a muchas mujeres que acudían por parto o por aborto. Además de tratarse de la primera institución oficial que incluía estas actividades dentro de su programa de salud, los logros del Hospital de la Mujer en este campo fueron importantes porque ahí se desarrolló una técnica quirúrgica junto con el instrumental médico requerido, que permitió esterilizar a una mujer sin necesidad de hospitalizarla.

En 1965 el Hospital Inglés a través de su Departamento de Investigación y Enseñanza, inició actividades con fines de investigación en el campo de la reproducción humana. En ese mismo año se crea la fundación para Estudios de la

(14) SECRETARÍA de Salud y Asistencia, Dirección General de Planificación Familiar, *Diagnóstico Sociodemográfico por el programa estatal de Planificación Familiar en Guerrero*, p.344

• Población A.C. (FEPAC), hoy MEXFAM, que surge con la finalidad de asumir la responsabilidad de iniciar actividades concernientes a la prestación de un servicio de planificación familiar en nuestro medio pero, por primera vez, a nivel nacional. Dos años más tarde la fundación ya organizada en tres grandes áreas: Educación, Investigación y Servicio, constituyendo así el primer programa integral de planificación familiar en México.

Pero mientras tanto, entre 1940 y 1970 no hubo grandes cambios en los niveles de fecundidad y dado que la mortalidad continuó su descenso, la población sufrió una gran aceleración de su ritmo de crecimiento, pasando de un 1.96% entre 1930-1940, a un 2.2% entre 1940-1950, un 3.07% entre 1950-1960 y finalmente, a un 3.41% en la década de los sesentas. Como consecuencia, el volumen de la población total de México pasó de 20 millones en 1940, a 48 millones en 1970." (15)

"Por otra parte en 1973, a iniciativa del Presidente Echeverría, se llevó a cabo la I Convención Nacional de Salud que tuvo como objeto fundamental un nuevo plan de salud para la República Mexicana; dentro de este plan se incluyó el subprograma 5.3 en relación a la Planificación Familiar, aprobándose el Nuevo Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos en el que se deroga el artículo que prohibía la propaganda y venta de anticonceptivos.

En ese mismo año se reforma el Artículo 4o. Constitucional con una adición que establece que: "Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos." La reforma anterior permitió la promulgación de una nueva Ley General de Población, aprobada el 11 de diciembre de 1973, en la que se expresa la necesidad de realizar programas de planificación familiar a través de servicios educativos y de salud pública, y se crea el Consejo Nacional de Población, (CONAPO) organismo responsable de la planeación demográfica del país.

En dicho plan de Salud se estableció como propósito gubernamental implementar y consolidar en un plazo de cinco años, a partir de 1973, servicios de planificación familiar en todas las instituciones de salud, y en especial las de la S.S.A., que es la que cubre la población económicamente débil, para lo cual trabaja en un principio con 10 Centros de Salud (C.S.) urbanos extendiéndose a 113 unidades, ampliándose la cobertura a 452 C.S. urbanos y suburbanos y a 2186 centros rurales en el periodo de 1974 a 1979. Pero para 1977 la S.S.A. se divide en dos componentes, el institucional y el comunitario. El primero se lleva a cabo en clínicas y hospitales y el segundo en comunidades de 500 a 2500 habitantes." (16)

(15) SECRETARÍA de Salubridad y Asistencia, Dirección General de Planificación Familiar, *Diagnóstico Sociodemográfico para el programa estatal de P.F. Guerrero*, p.4-6

(16) SECRETARÍA de Salubridad y Asistencia, *Ibidem*, p. 8

"Programa interinstitucional de Planificación Familiar 1983-1988.

La experiencia acumulada en estos años y el cumplimiento de las metas propuestas para 1982, sirvieron de base para que, al inicio de la presente administración, las instituciones del Sector Salud elaboraran en forma conjunta bajo la coordinación de la Secretaría de Salud y con la participación del CONAPO, el programa de Planificación Familiar para el periodo 1983-1988, continuando con los mismos objetivos básicos, los principios del plan sexenal anterior.

De acuerdo con la nueva división sectorial del Gobierno Federal, la S.S.A. cumple, además de sus funciones institucionales las de coordinar los programas del conjunto de las instituciones públicas de salud, como cabeza del Sector. De esta manera, la Dirección General de Planificación Familiar de dicha Secretaría cubre ahora las funciones de la Coordinación del Plan Nacional, que había sido creado en la anterior administración.

Las metas demográficas de crecimiento natural que se habían planteado para 1988 y hasta el año 2000 se mantienen también vigentes, de acuerdo con la ratificación que de ellas hizo recientemente el CONAPO, para ello se realizó también la asignación de metas para cada institución, de acuerdo a sus recursos humanos y materiales, y al desarrollo que su programa ha tenido en el pasado." (17)

(17) SECRETARÍA de Salubridad y Asistencia, Dirección General de Planificación Familiar, Diagnóstico Sociodemográfico para el programa estatal de Planificación Familiar en Guerrero, p.12-13

2.1.2. Estrategia de Extensión de Cobertura.

"En México existen cerca de 125,000 poblaciones de las cuales alrededor de 13,000 tienen entre 500 y 2,500 habitantes y más de cien mil, menores de 500 habitantes.

Para proveer de servicios de salud a la población abierta que habita en todas estas localidades la Secretaría de Salud cuenta con un total de 6,166 unidades médicas de todos los niveles de atención. Además desde 1985 ha impulsado el desarrollo de la Estrategia de Extensión de Cobertura, para que con el apoyo de la participación de la comunidad, se hiciera factible la accesibilidad de servicios básicos de atención primaria de la salud para 13,000 comunidades rurales menores de 2,500 habitantes", las que corresponden al 28.7% de la población rural dispersa en México, dichas comunidades se encuentran diseminadas en áreas de difícil acceso por lo que carecen de unidades médicas, teniendo la necesidad de contar con el apoyo de Auxiliares de Salud voluntarias, seleccionadas y propuestas por las comunidades para ser adiestradas y supervisadas por personal de la Secretaría de Salud.

La Estrategia de Extensión de Cobertura tiene antecedente en los trabajos que la S.S.A. ha desarrollado en el área rural desde 1943, y en la recomendación de la conferencia Internacional de Atención Primaria de la Salud de Alma Ata, U.R.S.S., en 1978. El objetivo primordial antes mencionado es proporcionar servicios de planificación familiar y atención primaria a la Salud en comunidades menores de 2,500 habitantes.

Para brindar atención de Salud de buena calidad en el medio rural, se requiere de una eficaz coordinación de Auxiliares de salud con el personal de las unidades aplicativas, para la referencia y contrareferencia de pacientes. Así mismo se necesita la supervisión continua a las Auxiliares de Salud comunitarias por las enfermeras supervisoras, quienes tienen a su cargo el adiestramiento y capacitación en servicio así como el aprovisionamiento de materiales.

- Objetivos de la E.E.C.

"Proporcionar servicios de planificación familiar y atención primaria a la salud de la población rural.

Lograr la participación de la comunidad en la satisfacción de sus necesidades de salud.

Contribuir a formar una cultura de salud en la población rural a través de acciones educativas y preventivas".

- Estructura

"La Estrategia de Extensión de Cobertura se apoya en la infraestructura institucional de la S.S.A. en las áreas central, estatal y jurisdiccional:

En el área central, la D.C.P.F. cumple funciones de normatividad, programación, evaluación, supervisión, capacitación, promoción e investigación de la E.E.C.

En el nivel estatal, las Jefaturas de Servicios Coordinados de Salud Pública y los servicios Estatales de Salud tienen a su cargo las funciones de programación, organización, ejecución, supervisión, capacitación, información y evaluación de la E.E.C. apoyados por un responsable estatal del Programa de Planificación Familiar.

En el siguiente nivel, las Jurisdicciones Sanitarias llevan a cabo la programación local, así como la ejecución, supervisión y evaluación de las actividades de la E.E.C. en cada uno de los módulos, y unidades aplicativas comprendidas en ellas. El personal directamente responsable comprende al jefe de la Jurisdicción Sanitaria así como al Coordinador Médico Jurisdiccional.

La estructura operativa de la E.E.C. considera los niveles modular y comunitario:

Cada módulo se integra en promedio por 10 comunidades rurales dispersas, y está a cargo de personal de enfermería denominado Supervisora de Auxiliares de Salud, que tiene la responsabilidad directa de supervisar, capacitar, asesorar en servicio y dotar de los recursos materiales básicos a la Auxiliar de Salud.

Las comunidades de la E.E.C. representan la base de la estructura operativa, en ellas los Auxiliares de Salud, personal voluntario, se responsabilizan de la prestación de los servicios básicos de atención primaria de salud, con la participación activa de los integrantes de la comunidad".

- Servicios que proporciona la Estrategia de Extensión de Cobertura en las comunidades rurales dispersas.

"Los servicios básicos de atención primaria a la salud que se proporcionan en la E.E.C. a través del auxiliar de salud, se clasifican en cuatro grandes áreas:

- Planificación Familiar
- Atención en el embarazo, parto y puerperio
- Atención al menor de 5 años
- Actividades varias.

La prestación de servicios comprende la atención de la población, promoción, detección oportuna de cualquier tipo de riesgo para la salud, así como la referencia y contrarreferencia oportuna al nivel de atención que corresponda.

Estos servicios comprenden los programas de:

- Planificación Familiar
- Atención materno infantil
- Enfermedades prevenibles por vacunación
- Prevención y control de enfermedades diarreicas y terapia de hidratación oral

- Prevención y control de infecciones respiratorias agudas
- Nutrición y salud

Para apoyar los servicios que brindan a la población, se proporciona material y equipo básico a las Auxiliares de Salud y a las Supervisoras de Auxiliares de Salud".

- Capacitación que brinda la E.E.C. al personal que labora en el medio rural.

"Para el desarrollo de las actividades del equipo de salud en la E.E.C., la capacitación constituye un elemento esencial. A través de ésta, se proporciona, tanto al personal institucional como voluntario, la información técnica básica y la asesoría necesaria para la adecuada prestación de los servicios.

La capacitación se lleva a cabo de manera formal, en servicio y de modo continuo.

En el aspecto formal, los coordinadores médicos jurisdiccionales, las supervisoras de auxiliares de salud y las auxiliares de salud reciben cursos de capacitación de duración variable. En estos cursos se describen ampliamente los lineamientos operativos de la E.E.C., las características, responsabilidades y funciones de cada uno de los miembros del equipo de salud que participa en la ejecución de las actividades, así como contenidos teórico-metodológicos inherentes a la planificación familiar y a la atención materno infantil pegados a los lineamientos y normas técnicas emitidas por la S.S.A.

La capacitación en servicio se realiza a través de la asesoría técnica que se ofrece durante las visitas de supervisión que se llevan a cabo por los diferentes niveles (modular, jurisdiccional, estatal y nacional).

La capacitación continua se efectúa periódicamente proporcionándole al personal la información actualizada sobre las actividades de los programas que se realizan con el propósito de mejorar sus conocimientos y habilidades en beneficio de la población usuaria".

- Promoción

"El cumplimiento de los objetivos de la E.E.C. depende en buena medida de la participación comprendida y entusiasta de la comunidad y de la Auxiliar de Salud. Por ello, la promoción entendida como el proceso a través del cual se sensibiliza, informa, motiva y educa a la población con el fin de propiciar cambios de actitudes y comportamientos que favorezcan su salud, representa uno de los aspectos más relevantes de la E.E.C.

Para promover la participación comunitaria en pro de la salud la Supervisoras y la Auxiliar de Salud llevan a cabo, de manera sistemática, entrevistas, visitas domiciliarias y pláticas a grupos, utilizando apoyos didácticos adecuados a las características culturales de la comunidad.

Como apoyo a las actividades de promoción que llevan a cabo en la comunidad, se han producido mensajes cortos para difusión por la radio, así como el diseño e impresión de boletines, folletos, carteles, trípticos, volantes y calendarios dirigidos a la población que habita en el área rural, además de la edición de una serie titulada "Libro Guía", cuya presentación es en formato de historietas populares".

- Supervisión

"La supervisión constituye uno de los instrumentos más eficaces para lograr que los servicios que se proporcionan a través de la E.E.C. sean de buena calidad ya que se basa en el intercambio de conocimientos y experiencias del personal operativo con el supervisor.

El logro de los objetivos y metas depende en gran medida de la supervisión sistemática, orientada a la solución oportuna de los problemas y al impulso continuo de las acciones positivas observadas.

Las principales funciones de la supervisión son:

- Verificar el cumplimiento de lo programado respecto a normas técnicas, procedimientos, recursos, metas operativas y otros lineamientos institucionales.
- Capacitar y adiestrar en servicio al personal que brinda la atención, contribuyendo así a mejorar la calidad de los servicios.
- Detectar y hacer el seguimiento de la problemática encontrada, hasta asegurar estrategias que permitan su solución.

La supervisión se lleva a cabo en forma escalonada por niveles:

Comunitario-Modular-Jurisdiccional-Estatal-Nacional

Los Auxiliares de Salud deben recibir visitas de supervisión dos veces por mes en promedio.

- Evaluación

"La evaluación de la E.E.C. se realiza a través de dos instancias complementarias: el Sistema de Información y el Modelo de Evaluación-Supervisión."

Sistema de Información:

El sistema de información es el instrumento que se utiliza para el registro y cuantificación de las actividades que se realizan dentro de la E.E.C. y constituye el componente comunitario del Sistema Estatal de Información Básica de la Secretaría de Salud (SE-IB).

El sistema de información de la Estrategia de Extensión de Cobertura consta de cuatro subsistemas:

- 1.- Atención de Planificación Familiar
- 2.- Atención del embarazo, parto y puerperio
- 3.- Atención al menor de cinco años
- 4.- Actividades varias.

A su vez, cada uno de estos subsistemas está compuesto por cinco formatos en donde se registra y precisa la información en forma manual y escalonada, desde el nivel de comunidad hasta su envío al área nacional.

Este sistema permite que cada uno de los niveles puedan conocer oportunamente el grado de cumplimiento de las metas de servicio señaladas para cada tipo de actividad y tomar las medidas necesarias para corregir las desviaciones que se presenten en forma inmediata.

Modelo de Evaluación-Supervisión

La evaluación-supervisión constituye un instrumento de control que permite verificar el cumplimiento de programas, normas y procedimientos, así como el uso adecuado de recursos. Representa además el canal idóneo para retroalimentar a las diferentes áreas inmersas en la población de la E.E.C.

Con el propósito de realizar una evaluación-supervisión integral tanto cuantitativa como cualitativa de la E.E.C., la D.G.P.F. diseñó el Modelo de Evaluación-Supervisión de la Atención Primaria de la Salud a la población rural dispersa.

El Modelo de Evaluación-Supervisión se define como un conjunto de instrumentos y procedimientos diseñados con el fin de conocer de qué manera y en qué medida se están cumpliendo los objetivos de la E.E.C. y poder aplicar de manera rápida y oportuna las medidas correctas.

El modelo posibilita la definición inmediata de acciones correctivas, coadyuva a uniformar procedimientos y a obtener resultados comparativos, proporciona instrumentos metodológicos para la supervisión y asesoría en servicio. La aplicación del modelo requiere de dos semanas y permite identificar los conocimientos y desempeño del personal operativo, la evaluación de la cantidad de los servicios y así mismo detecta la demanda insatisfecha. Los resultados se pueden analizar en el mismo estado y con el personal involucrado.

Retos y perspectivas

"Incrementar la cobertura de los servicios que se proporcionan por la E.E.C., para lograr el acceso universal a la atención básica de salud por parte de todos los mexicanos que habitan en comunidades rurales dispersas. Para ello es indispensable incrementar la capacidad de prestación de servicios de planificación familiar, incorporando más personal comunitario al Sistema de Servicios de Salud.

Ampliar la Selección de métodos anticonceptivos y garantizar el acceso y disponibilidad a la población rural.

Desarrollar esquemas regionales para la referencia y contra-referencia de usuarios entre niveles de atención entre instituciones de salud.

Establecer un mayor número de módulos específicos y unidades móviles que permitan atender la demanda de métodos anticonceptivos temporales o definitivos".(18)

(18) SECRETARÍA de Salud y Asistencia, Estrategia de Extensión de Cobertura p.5-17.

2.1.3 Antecedentes del Programa de Planificación Familiar en Guerrero.

El primer antecedente que al respecto se tiene en el Estado de Guerrero data del año de 1967. Fue la Asociación Pro-Salud Maternal (APROSAM), institución privada no lucrativa destinada a prestar servicios de planificación familiar, a proporcionar adiestramiento en población y planificación familiar a médicos, enfermeras y trabajadoras sociales, llevando a cabo investigaciones clínicas y sociales en torno a ese tema, la que inicia en la entidad un proyecto rural en una localidad donde sólo se habla el dialecto Amuego. Su objetivo fue conocer la aceptabilidad de un anticonceptivo inyectable mensual en una población con estas características.

Otro organismo que durante este periodo brinda servicios de planificación familiar en la entidad fue la Fundación para Estudios de la Población A.C. (FEPAC), hoy MEXFAM, institución privada no lucrativa, la cual tuvo como objetivos principales:

- Crear conciencia, mediante la educación, de la responsabilidad personal y social que implica la procreación y el cuidado de la familia.
- Proporcionar servicios asistenciales de planificación familiar a los sectores de la población de escasos recursos.
- Propiciar y realizar investigación científica en los diversos aspectos relacionados con el cambio social y planificación familiar y,
- Promover, cooperar y asesorar a otras instituciones en el establecimiento y suministro a la comunidad de servicios de planificación familiar.

Las actividades realizadas por esta institución en la entidad fueron las siguientes:

En 1968, inicia una investigación en la zona del Río Balsamo para conocer las características de la población de esta localidad y sus actitudes hacia la planificación familiar. Esta investigación culminó con la instauración de un Centro Rural de Planificación Familiar. Los servicios que otorgaba estaban bajo la responsabilidad de un médico y una enfermera, quienes realizaban las siguientes actividades: promoción del servicio de planificación familiar, a través de pláticas de orientación sobre metodología anticonceptiva a grupos específicos, y la prestación del servicio mismo que comprendió la regulación de la fertilidad y tratamiento de padecimientos ginecológicos en usuarias del servicio. Dicho centro dejó de funcionar poco tiempo después por problemas de accesibilidad, ya que se encontraba ubicada en una zona montañosa.

Posteriormente en 1973, la S.S.A. a través de los servicios coordinados de Salud Pública en el estado, da comienzo el programa de Planificación Familiar nombrando un coordinador estatal, quien tuvo entre sus funciones la coordinación general del programa en toda la entidad.

La prestación del servicio se inició propiamente en el año de 1974 en el área urbana, abarcando en un principio el Hospital General de Acapulco y a los Centros de Salud "A" de esta localidad, de Taxco, Chilpancingo e Iguala. La prestación del servicio en estas unidades médicas estuvo a cargo de un equipo específico integrado por un médico, una enfermera y una trabajadora social. En este mismo año dicho programa se extendió a 17 centros de salud "B", en los que el servicio era proporcionado por los pasantes de medicina en servicio social (quienes fungían como responsables de dichos centros) y por las auxiliares de enfermería.

En mayo de 1975 la S.S.A. a través de la Dirección General de Atención Materna Infantil y Planificación Familiar, establece un convenio con el Hospital Civil "Adolfo Prieto" de Taxco para proporcionar en el citado nosocomio el servicio de planificación familiar, el cual finiquitó en el año de 1978.

El J.M.S.S., por su parte, en 1974 inicia en el estado un programa de "Planificación Familiar Voluntaria". La prestación del servicio estuvo a cargo de equipos específicos, integrados en el mejor de los casos por un ginecobstetra, una trabajadora social y un auxiliar de enfermería, todos ellos ubicados en la unidad de consulta externa del régimen ordinario. Este servicio se brindó inicialmente a la población derechohabiente. (19)

Por otro lado la S.S.A. implanta la operación del programa rural en el ámbito institucional, en los centros de salud "C" y en las casas de salud, que para el caso particular del Estado de Guerrero ascendían a un total, en 1978, de 76 unidades médicas, de las cuales 72 eran centros de salud "C" y 4 eran casas de salud, da inicio a dos programas más dirigidos a atender esta área: el Programa Comunitario Rural (P.C.R.), coordinado directamente por la Dirección General de Salud Materno Infantil y Planificación Familiar y el Programa de Extensión de Cobertura (P.E.C.), implementado por la Dirección General de Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados. Ambos programas compartían el mismo criterio de fomentar la participación comunitaria y de brindar servicios mínimos de salud en áreas rurales de 500 a 2500 habitantes aunque diferencian en cuanto a los servicios prestados.

Los dos programas comenzaron a operar simultáneamente en 1977 aunque en diferentes áreas geográficas del país. A partir de 1978 se unifican diversos aspectos de éstos, y en 1979 se fusionan para constituir el "Programa de Salud Rural" que incluyó dentro de sus lineamientos y estrategias lo más adecuado a ambas experiencias.

Para la operación de P.S.R. se seleccionaron áreas programáticas (módulos)

(19) SECRETARÍA de Salud y Asistencia, Diagnóstico Sociodemográfico para el Programa Estatal de Planificación Familiar en Guerrero, p.138 - 142.

que, en promedio abarcan 10 localidades, cada módulo estaba bajo la responsabilidad de una enfermera denominada "Responsable de Módulo" cuyas funciones eran: adiestramiento continuo, apoyo en la prestación de servicios, logística, supervisión y evaluación.

Cada localidad que formaba parte de un módulo estaba a cargo de un auxiliar de salud, a quien se le denominó "Encargada de Comunidad", misma que era seleccionada por la propia comunidad y adiestrada especialmente para la prestación de servicios de Atención Primaria de Salud y Planificación Familiar y para la detección y referencia oportuna de casos que requieren de atención especial.

En el Estado de Guerrero, el programa de Extensión de Cobertura (P.E.C.) se inicia en abril de 1977 en 30 localidades rurales. En febrero de 1978 comienza la operación del Programa Comunitario Rural (P.C.R.) con un total de 10 módulos que abarcaban alrededor de 102 comunidades. En 1979, ambos programas se integran en el Programa de Salud Rural (P.S.R.) comprendiendo 39 módulos que abarcaban aproximadamente 408 comunidades rurales. Este programa ha seguido operando de la misma manera, pero actualmente su campo de acción se ha reducido a 27 módulos los cuales abarcan 261 comunidades rurales.

En junio de 1979, este programa es reestructurado, pasando a ser el "Programa de Educación en Salud a Comunidades Rurales" (PESACOR). A partir de entonces a cada promotor se le asignó un promedio de 6 módulos. En cada uno de ellos realizaba además de las actividades ya asignadas las siguientes: asesoría en educación y comunicación a responsables de módulo, a encargadas de comunidad y a comités de salud.

En 1978, la S.S.A. inicia a nivel nacional otro programa más, denominado "Parteras Empíricas" el cual tuvo como objetivo primordial incorporar a estos agentes de la salud en la prestación del servicio materno infantil y planificación familiar. En el Estado de Guerrero estos agentes estaban incorporados a los servicios regulares de salud desde el año de 1973; sin embargo, son integrados al programa de planificación familiar hasta 1978, adiestrando para ello a 142 parteras empíricas. (20)

El J.M.S.S. por su parte, intensifica en este periodo su programa Nacional de Solidaridad Social puesto en marcha desde 1973 a través de la firma de un convenio, el cual se lleva a efecto el 29 de mayo de 1979 entre el J.M.S.S. y COPLAMAR para establecer y operar el programa de Solidaridad Social por cooperación comunitaria. Ello significó la construcción de una basta infraestructura de servicios de salud en el medio rural de más difícil acceso, que para el caso de

Guerrero alcanzó al final de dicha etapa, un total de 121 unidades médicas rurales, en las que se llevó la presentación del servicio de planificación familiar. Para 1981 el número de unidades médicas rurales en la entidad alcanzó un total de 169. (21)

(21) SECRETARÍA de Salud y Asistencia, *ibidem*, p.150.

2.1.4 Generalidades de Planificación Familiar.

"Planificación Familiar es la forma de pensar, de sentir, y de actuar responsablemente para prever y mejorar la calidad de vida de la pareja, la familia y la comunidad.

Se puede decir que la Planificación Familiar es el derecho de toda pareja, para pensar y decidir el tamaño y las características de la familia que desean formar.

El artículo 4o. constitucional contiene garantías individuales y sociales.

En el primer párrafo, segunda parte se encuentra la declaración explícita del interés del gobierno por la protección y desarrollo de la familia; al expresar que: "Esta protegerá la organización y desarrollo de la familia".

Así mismo, expresa en su segundo párrafo que: "Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos".

Este párrafo contiene el derecho individual, la garantía de libertad que tiene toda persona de procrear y, como derecho social la planeación familiar; derecho que es otorgado a cada persona, por lo que es considerado así mismo un derecho humano.

Las personas tienen derecho a decidir de manera libre, es decir, sin presión externa, sin coacción de otra persona o del estado; de manera informada, entendiéndose por esto, que debe de ser con conocimiento, que las personas deben de tener previamente acceso a la información, a la educación, a la capacitación, a los servicios que implica la información, y responsable, esto es, que estén concientes del ejercicio del derecho a decidir sobre el número y espaciamiento de sus hijos; de que les deben de proveer de condiciones de vida dignas; que contemplen la posibilidad de que el hijo tenga educación, instrucción que pueda gozar de salud satisfactoria y de una alimentación suficiente."(22)

Con el fin de contribuir al espaciamiento de los hijos y/o evitar la fecundidad definitivamente se ha ido en busca de métodos capaces de impedir el embarazo, desde la antigüedad; ejemplo de ello son los egipcios que utilizaban tapones de excremento de cocodrilo colocados en la vagina, posteriormente estos tapones se elaboraron a partir de diferentes sustancias: trozos de algas, hierbas, telas empapadas con aceites aromatizantes o miel. Más tarde se utilizaron vainas en el pene elaboradas con membranas de animales como vejigas o fragmentos de intestino.

Conforme se fue conociendo la anatomía y la fisiología del sistema reproductor se fueron perfeccionando los métodos conocidos y se describieron otros que actualmente conocemos.

Los métodos anticonceptivos permiten a la pareja tener relaciones sexuales con un riesgo mínimo de embarazo y deben reunir las siguientes características:

- 1.- **Aceptabilidad:** por muy eficaz que sea el método, debe ser aceptado por la pareja.
- 2.- **Inocuidad:** no le debe causar ningún daño ni a la pareja ni al niño en caso de que se produzca un embarazo.
- 3.- **Reversibilidad:** debe permitir a la pareja tener hijos cuando lo desee.
- 4.- **Eficacia:** es la capacidad para evitar el embarazo con el lapso deseado por la pareja.
- 5.- **Facilidad de Aplicación:** un método no difícil de aplicar es más adecuado para nuestra población.
- 6.- **Bajo Costo.** (23)

Los métodos anticonceptivos se pueden clasificar de varias maneras, por ejemplo: temporales y definitivos o quirúrgicos. (24)

	Metodos Naturales	Ritmo Temperatura Basal
TEMPORALES	Metodos Mecánicos.	Preservativos o Condones Diafragma Dispositivo Intrauterino
	Metodos Químicos	Barreras Químicas Hormonales
		Salpingoclasia Vasectomia
DEFINITIVOS o QUIRURGICOS		

(23) OUDS, Sally B. *Enfermería Materno Infantil* p. 125

(24) MONDAGON, C. Héctor, *Ginecología Básica Ilustrada* p. 384

2.2 ASPECTOS NORMATIVOS

2.2.1 Bases Jurídicas que respaldan la Planificación Familiar.

Artículo 4o. Constitucional.

"El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia.

Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos.

Es deber de los padres preservar el derecho de los menores a la satisfacción de sus necesidades y a la salud física y mental. La ley determinará los apoyos a la protección de los menores a cargo de las instituciones públicas". (25)

En la Ley General de Salud de los artículos que tratan de Planificación Familiar son: 67, 68, 69, 70 y 71. Ellos dicen que toda pareja tiene el derecho de planear cuándo y en qué condiciones desean tener hijos.

Artículo 67.

"La Planificación Familiar tiene carácter prioritario. En sus actividades se debe incluir la orientación e información educativa para los adolescentes y jóvenes. Así mismo, para disminuir el riesgo reproductivo se debe informar a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años o bien después de los 35, así como la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número, todo ello, mediante una correcta información anticonceptiva, la cual debe ser oportuna, eficaz y completa a la pareja.

Los servicios que se presten en la materia constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos, con pleno respeto a su dignidad.

Quienes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita serán sancionados conforme a las disposiciones de esta Ley, independientemente de la responsabilidad penal en que incurran.(26)

Artículo 68.

"Los servicios de Planificación Familiar comprenden:

- I.- La promoción del desarrollo de programas de comunicación educativa en materia de servicios de Planificación Familiar y educación sexual, con base en los contenidos y estrategias que establece el Consejo Nacional de Población
- II.- La atención y vigilancia de los aceptantes y usuarios de servicios de Planificación Familiar,
- III.- La asesoría para la prestación de servicios de Planificación Familiar a cargo

(25) SECRETARÍA de Educación Pública, Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos p. 9

(26) SECRETARÍA de Salud y Asistencia, Ley General de Salud p. 19-20

de los sectores público, social y privado y la supervisión y evaluación en su ejecución, de acuerdo con las políticas establecidas por el Consejo Nacional de Población,

- IV.- El apoyo y fomento de la investigación en materia de anticoncepción, infertilidad humana, planificación familiar y biología de la reproducción humana,
- V.- La participación en el establecimiento de mecanismos idóneos para determinación, elaboración, adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos y otros insumos destinados a los servicios de Planificación Familiar, y
- VI.- La recopilación, sistematización y actualización de la información necesaria para el adecuado seguimiento de las actividades desarrolladas.

Artículo 69.

La Secretaría de Salud, con base en las políticas por el Consejo Nacional de Población para la prestación de servicios de Planificación Familiar y de Educación Sexual, definirá las bases para evaluar las prácticas de métodos anticonceptivos, por lo que toca a su prevalencia y a sus efectos sobre la salud.

Artículo 70.

La Secretaría de Salud coordinará las actividades de las dependencias y entidades del Sector Salud para instrumentar y operar las acciones del Programa Nacional de Planificación Familiar que formule el Consejo Nacional de Población, de conformidad con las disposiciones de la Ley General de Población, de su reglamento, y cuidará que se incorporen al programa sectorial.

Artículo 71.

La Secretaría de Salud prestará, a través del Consejo Nacional de Población, el asesoramiento que para la elaboración de programas educativos en materia de Planificación Familiar y Educación Sexual le requiera el Sistema Educativo Nacional. (27)

(27) Leyes y Códigos de México, Ley General de Salud p. 14

2.2.2 Norma Técnica número 22 para la Planificación Familiar en la Atención Primaria a la Salud.

"CAPÍTULO I. Disposiciones Generales.

Artículo 1. Esta norma técnica tiene por objeto uniformar la actitud y los criterios de operación del personal del Sistema Nacional de Salud, en relación con la Planificación Familiar.

Artículo 2. Esta norma técnica es de observancia obligatoria en todas las unidades de salud de los sectores público, social y privado del país.

Artículo 3. Planificación Familiar es el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y espaciamiento de sus hijos.

Artículo 4. La Planificación Familiar comprende las actividades siguientes:

- Promoción y difusión
- Atención del usuario
- Selección, prescripción y aplicación del método anticonceptivo
- Seguimiento del usuario e identificación de casos de infertilidad y esterilidad.

CAPÍTULO II. Promoción y Difusión.

Artículo 5. La promoción y la difusión de las actividades de Planificación Familiar comprende las acciones siguientes:

- Entrevista personal
- Visita domiciliaria
- Pláticas a grupos y
- Comunicación social

Artículo 6. La promoción y difusión de las actividades de Planificación Familiar comprende los aspectos siguientes:

- Sexualidad humana desde los puntos de vista biológico, psicológico y social.
- Importancia para la salud del inicio tardío y la terminación temprana de la reproducción, así como del espaciamiento entre los embarazos.
- Características de los métodos anticonceptivos.
- Importancia de la continuidad en el uso de los métodos anticonceptivos, y
- Disponibilidad de los servicios de planificación familiar.

CAPÍTULO III. Atención del usuario.

Artículo 7. La atención del usuario de Planificación Familiar comprende las acciones siguientes:

- Interrogatorio y exploración física

- Exámen de laboratorio y gabinete
- Diagnóstico
- Prescripción del método anticonceptivo
- Señalamiento de riesgos
- Indicaciones preventivas y
- Cita a consulta subsecuente o referencia a otra unidad de salud.

CAPÍTULO IV. Métodos Anticonceptivos.

Artículo 8. Los métodos anticonceptivos son aquellos que se utilizan para impedir el embarazo en forma temporal o permanente.

Artículo 9. Los métodos anticonceptivos son los siguientes:

- Temporales:
 - Hormonales orales
 - Hormonales inyectables
 - Dispositivo intrauterino
 - De barrera
- Permanentes:
 - Oclusión tubaria bilateral y
 - Vasectomía.

CAPÍTULO V. Métodos anticonceptivos temporales.

Hormonales orales.

Artículo 10. Los métodos anticonceptivos hormonales orales, se utilizan de acuerdo con las disposiciones siguientes:

- Indicaciones:
 - Mujeres en edad fértil, menores de 35 años, con patrón menstrual regular, nulíparas o multíparas que no deseen embarazarse.
- Contraindicaciones:
 - *Absolutas
 - Sospecha o embarazo comprobado
 - Lactancia
 - Sangrado vaginal no diagnosticado
 - Antecedente o presencia de:
 - Diabetes Mellitus que requiera uso de insulina
 - Tromboembolismo
 - Cáncer uterino o mamario
 - Padecimientos cerebrovasculares o coronarios
 - Alteraciones de las funciones hepáticas y renales e
 - Hiperlipidemia II o hipercolesterolemia.

*Relativas

Edad mayor de 35 años

Tabaquismo

Insuficiencia venosa

Migraña

Hipertensión arterial

Depresión psíquica

Hemoglobinopatía

Uso de drogas que interactúan con los anticonceptivos orales (anticonvulsivantes, antibióticos, sedantes e hipnóticos, anticoagulantes y antihipertensivos).

- Dosis y forma de administración (se utiliza la presentación de 21 a 28 tabletas).

Iniciar con una tableta cada 24 horas a partir del quinto día del principio de la menstruación.

En la presentación de 21 tabletas reiniciar la administración al quinto día del principio de la menstruación siguiente.

En la presentación de 28 tabletas tomar las dosis ininterrumpidamente.

En caso de olvido de la toma de una tableta, tomarla en cuanto se acuerde.

En caso de olvido de la toma de dos tabletas en días consecutivos tomar dos tabletas juntas los dos días siguientes y emplear un método anticonceptivo de barrera.

En caso de olvido de la toma de tres tabletas en días consecutivos, suspender la toma de las tabletas, emplear un método de barrera y acudir a consulta.

- Reacciones adversas y conducta a seguir:

Sangrado intermenstrual, cambiar a otro anticonceptivo oral de dosis mayor, si continúa el sangrado, suspender el anticonceptivo investigar la causa y utilizar otro método.

Náuseas, vómito y edema, generalmente desaparecen después del tercer ciclo de administrar el anticonceptivo; si persisten, suspenderlo y administrar otro anticonceptivo oral con dosis menor de progestágeno o cambiar a otro método.

Hipertensión arterial, cefalea persistente y cloasma; suspender el anticonceptivo y cambiar a otro método no hormonal y Nódulos mamarios o ganglios axilares; suspender el anticonceptivo, investigar la causa y cambiar a otro método no hormonal.

- Seguimiento:

Las consultas subsiguientes se llevan a cabo, la primera al mes y las siguientes cada 80 días.

Hormonales inyectables.

Artículo 11. Los métodos anticonceptivos hormonales inyectables se utilizan de acuerdo con las disposiciones siguientes:

Indicaciones:

Mujeres en edad fértil con paridad satisfecha que no deseen un método permanente.

Evitar el embarazo durante 3 meses a partir de la aplicación de la vacuna antirrubéola

Intolerancia al uso de anticonceptivos orales y deficiencia mental

- Contraindicaciones:

Nullparas

Adolescentes

Sospecha o embarazo comprobado

Lactancia

Sangrado genital no diagnosticado

Antecedentes o presencia de:

Diabetes Mellitus

Tromboembolismo

Cáncer uterino o mamario

- Dosis y forma de administración (se utiliza la presentación para 30 o 60 días):

Una ampolleta intramuscular cada 30 o 60 días; la primera aplicación dentro de los 5 primeros días a partir del inicio de la menstruación y las siguientes cada 30 o 60 días.

- Reacciones adversas y conducta a seguir:

Sangrado intermenstrual durante las dos primeras dosis; si continúa cambiar a otro método.

Amenorrea; no suspender el método

- Seguimiento:

Las consultas subsecuentes se llevan a cabo cada 30 o 60 días.

DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)

Artículo 12. El dispositivo intrauterino (DIU) se utiliza de acuerdo con las disposiciones siguientes:

Útero y anexos anatómicamente normales:

- Indicaciones:

Mujeres en edad fértil nullparas o multiparas que deseen espaciar el embarazo

Tabaquismo de más de 15 cigarrillos diarios

Lactancia e Intolerancia al uso de anticonceptivos hormonales

- Contraindicaciones:

Sospecha o embarazo comprobado

Miomatosis uterina

Sospecha de cáncer cérvico-uterino comprobado

Insuficiencia cardiaca

Anemia

Antecedentes de embarazo ectópico

Dismenorrea incapacitante

Hemoglobinopatía, leucemia y alteraciones de la coagulación

Sangrado genital no diagnosticado o abundante

Cervicitis, endometritis o anexitis

Parto o cesárea con ruptura de membranas (6 horas o más)

Aborto complicado

Corioamnioitis

Atonía uterina

Sobredistensión uterina (embarazo múltiple, polihidramnios)

Trabajo de parto prolongado

Accidentes quirúrgicos o anestésicos durante la cesárea e Infección pélvica.

- Momento de aplicación

Durante la menstruación

Durante la estancia de la usuaria en la unidad de salud

Después de un parto eutócico

Después de un aborto espontáneo no complicado y

Durante la operación cesárea.

- Reacciones adversas y conducta a seguir:

Hiperpolimenorrea; si persiste en tres ciclos menstruales consecutivos, cambiar a otro método.

Dolor pélvico; durante la primera semana después de la aplicación, administrar analgésicos, si persiste cambiar a otro método

Dispareunia; verificar inserción correcta del DJU y si requiere, acortar los hilos.

- Complicaciones:

Perforación uterina; referir a la paciente a una unidad de salud de mayor complejidad

Infección pélvica; retirar el DJU, administrar antibiótico y cambiar de método

Embarazo extrauterino; referir a la paciente a una unidad de salud de mayor complejidad.

- Seguimiento:

Las consultas subsiguientes se llevan a cabo durante el primer año; al mes, a los seis y a los doce meses; después una cada año.

En cada consulta se procede de la manera siguiente:

Verificar la posición correcta del DJU visualizando los hilos.

Investigar cervicitis, reacciones adversas y complicaciones.

Investigar embarazo:

Si existe, menor de ocho semanas y los hilos del DJU son visibles se retira éste, si los hilos no son visibles, o el embarazo es mayor de ocho semanas, se refiere a la paciente a una unidad de salud de mayor complejidad.

Métodos de Barrera:

Artículo 13. Los métodos anticonceptivos de barrera son: el preservativo (condón) y los espermaticidas (óvulos, espumas y tabletas). Se utilizan de acuerdo a las disposiciones siguientes:

-Indicaciones:

Relaciones sexuales esporádicas entre personas que deseen evitar el embarazo.

Apoyo a otro método anticonceptivo e

Intolerancia a otros métodos anticonceptivos

-Contraindicaciones:

Hipersensibilidad al espermaticida

-Aplicación:

Antes de cada relación sexual

CAPÍTULO VI. Métodos Anticonceptivos Permanentes

Artículo 14. Los prestadores de servicios de salud están obligados a proporcionar al usuario información clara y completa de los métodos anticonceptivos permanentes, destacando su carácter irreversible y la existencia de métodos temporales con el objeto de que éste seleccione libremente el que mejor convenga a sus intereses.

Artículo 15. Los prestadores de servicios de salud están obligados a recabar por escrito la autorización del usuario en quien se va a practicar oclusión tubaria bilateral o vasectomía. Cuando el usuario no tiene capacidad legal, la autorización la otorga su representante.

Oclusión tubaria bilateral.

Artículo 16. La oclusión tubaria bilateral se realiza en una unidad de salud de mayor complejidad, de acuerdo con las disposiciones siguientes:

-Indicaciones:

Paridad satisfecha

Padecimientos que pongan en peligro la vida al ocurrir el embarazo

Transmisión de padecimientos genéticos y

Dficiencia mental

-Contraindicaciones:

Recién nacido pretérmino o deprimido

Sospecha o embarazo comprobado

Infección pélvica

Parto o cesárea con ruptura de membranas de más de seis horas

Sepsis puerperal

Eclampsia

Hemorragia pre y post parto o post aborto

Traumatismo obstétrico

Aborto provocado

Hernia abdominal, cirugía abdominal previa y tumoración pélvica (laparoscopia)

-Realización:

Cuando la usuaria lo solicite

Durante la estancia de la usuaria en la unidad de salud

Después de un parto eutócico

Después de un aborto espontáneo no complicado y

Durante la operación cesárea.

-Vías de acceso:

Minilaparotomía

Laparotomía

Laparoscopia

-Técnica:

Pomeroy (ligadura y sección de las trompas en el tercio medio)

Fimbriectomía o

Aplicación de anillos de silastic

Vasectomía.

Artículo 17. La vasectomía se realiza de acuerdo con las disposiciones siguientes:

- Indicaciones:

Fecundidad satisfecha

Transmisión de padecimientos genéticos y

Deficiencia mental

- Contraindicaciones:

Infección génito-urinaria

Hernia escrotal

Tumores testiculares, varicocele e hidrocele

- Precauciones:

Usar un método anticonceptivo temporal hasta que no se observen espermatozoides en el eyaculado, se hayan producido 20 eyaculaciones o transcurrido ocho semanas después de la intervención.

CAPÍTULO VII. Infertilidad y esterilidad.

Artículo 18. Infertilidad es la incapacidad de una pareja para llevar a término la gestación con producto vivo y sano.

Artículo 19. Esterilidad es la incapacidad de una pareja en edad fértil, para concebir después de un año de relaciones sexuales.

Artículo 20. La pareja en quien se sospecha infertilidad o esterilidad, se refiere a una unidad de salud de mayor complejidad de acuerdo con las indicaciones siguientes:

Mujer menor de 35 años de edad

Deseo de tener hijos y

Aceptación del estudio integral de la pareja.

CAPITULO VIII. Registro e información.

Artículo 21. La unidad de salud registra e informa de las consultas y atenciones de planificación familiar otorgadas a los usuarios utilizando las formas del programa correspondiente que envía a la Dirección General de Planificación Familiar.

TRANSITORIOS.

PRIMERO.- Esta norma técnica entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

SEGUNDO.- Esta norma técnica deroga todas las disposiciones emitidas con anterioridad referentes a ésta materia. (28)

2.2.3 Normatividad sobre la prestación de los servicios comunitarios.

Artículo 15. Los servicios comunitarios de planificación familiar comprenderán:

I. Información, orientación y motivación al público sobre las ventajas que en salud tiene la práctica de la planificación familiar, así como acerca de las características de los diferentes métodos anticonceptivos disponibles, sus indicaciones, contraindicaciones, efectividad, forma de empleo y efectos colaterales.

II. Orientación al usuario para la adecuada selección del método anticonceptivo, de acuerdo a sus necesidades y características.

III. Incorporación de usuarios a los métodos anticonceptivos hormonales y de barrera.

IV. Referencia de los usuarios potenciales de métodos anticonceptivos quirúrgicos o permanentes, así como dispositivo intrauterino a los servicios de planificación familiar de las unidades de atención médica de primer nivel de atención.

V. Dotación de métodos anticonceptivos a usuarias subsecuentes.

VI. Control periódico a los usuarios de los métodos anticonceptivos para detectar oportunamente síntomas o signos que denoten la presencia de efectos colaterales del uso de métodos anticonceptivos, y

VII. Localización y reincorporación de usuarios que han interrumpido el uso del método anticonceptivo o que no han acudido a las consultas de control subsecuente.

Artículo 16. El personal del nivel comunitario o encargado de comunidad que preste servicios de salud y dentro de ellos los de planificación familiar deberá reunir las siguientes características:

I. Que sea un elemento propuesto por las autoridades locales.

II. Que tenga interés por el trabajo a realizar en la comunidad.

III. Que sea originario o residente por más de tres años en la comunidad donde prestará sus servicios.

IV. De preferencia que sea mujer mayor de 20 años de edad casada o en unión.

V. Tener estudios de primaria terminados.

VI. Que realice sus tareas en el programa de acuerdo al horario que establezca la Secretaría de Salud.

VII. Que esté capacitado para las tareas que ha de realizar y se actualizará ésta capacitación en forma continua y

VII. Que se le proporcionen los materiales suficientes para la prestación de servicios de planificación familiar.

Artículo 17. Serán funciones del personal comunitario las siguientes:

I. Identificar su ubicación dentro de la estructura de los servicios de salud de la entidad federativa.

- II. Integrar sus acciones como parte del proceso de organización y desarrollo de la comunidad.
 - III. Informar, orientar o motivar a la comunidad para que practique la planificación familiar.
 - IV. Detectar posibles aceptantes y proporcionarles los métodos anticonceptivos hormonales y de barrera de acuerdo a las necesidades de cada caso.
 - V. Responsabilizarse del material anticonceptivo.
 - VI. Referir a otros niveles de atención a las usuarias con efectos colaterales derivados del uso de métodos anticonceptivos así como a los aceptantes de Dispositivo Intrauterino y métodos de anticoncepción permanentes.
 - VII. Referir a unidades de primer nivel de atención a las aceptantes de métodos anticonceptivos para la toma de citología vaginal.
 - VIII. Proporcionar servicios de atención primaria de salud a la población de la comunidad y ,
 - IX. Registrar e informar las actividades realizadas en los formatos que establezca la Secretaría de Salud.
- Artículo 18. Serán funciones del personal supervisor o responsable de módulo:
- I. Conocer la estructura de los servicios de salud en la entidad federativa.
 - II. Contribuir al cumplimiento de las acciones de salud que conlleven al desarrollo de las comunidades comprendidas en el área de su responsabilidad.
 - III. Apoyar la selección del personal comunitario de salud.
 - IV. Verificar y apoyar el cumplimiento de las normas técnicas de planificación familiar, en las comunidades comprendidas en su área.
 - V. Participar en la planeación, desarrollo y evaluación de la capacitación en planificación familiar para personal comunitario de salud y ,
 - VI. Informar al nivel jurisdiccional de los avances del programa de planificación familiar, en su área de responsabilidad.
- Artículo 19. Serán funciones de nivel jurisdiccional:
- I. Promover la participación activa de la comunidad en los servicios de planificación familiar.
 - II. Coadyuvar con las autoridades para la selección del personal comunitario de salud.
 - III. Capacitar al personal comunitario de salud y al personal supervisor.
 - IV. Participar en la evaluación del programa de planificación familiar.
 - V. Supervisar el programa de planificación familiar .
 - VI. Informar de las actividades de planificación familiar al nivel estatal, y ,

VII. Obtener los recursos humanos, materiales y financieros, que permitan la operación continua del programa de planificación familiar en las comunidades a su cargo.

Artículo 20. Las actividades de promoción de los servicios de planificación familiar en las comunidades serán efectuadas por personal de la comunidad previamente capacitado, para el efecto. Estas actividades comprenderán fundamentalmente:

I. Entrevistas.

II. Visitas domiciliarias y

III. Pláticas a grupos de personas de la propia comunidad.

Artículo 21. Los contenidos de las actividades de promoción de los servicios de planificación familiar deberán ser los aprobados por la Secretaría de Salud.

Artículo 22. Las actividades de promoción de los servicios de planificación familiar en la comunidad, se efectuarán mediante la modalidad de visita domiciliaria, al menos dos veces por año por cada familia de la comunidad.

Artículo 23. Se deberán realizar un mínimo de dos pláticas por mes a grupos de personas de la comunidad.

Artículo 24. Los recursos auxiliares para apoyo didáctico que se empleen en las actividades de promoción comunitaria serán aquellos que sean aprobados por la Secretaría de Salud. En el caso de ser necesaria la adaptación regional o local de los contenidos por razones culturales o idiomáticas se pedirá el apoyo técnico necesario a la Secretaría de Salud.

Artículo 25. El personal comunitario deberá informar además acerca de las actividades realizadas en materia de prestación de servicios de planificación familiar, así como también de la detección y referencia de usuarios a las unidades de atención médica. Los formularios para el efecto serán proporcionados por las instituciones de salud, los cuales para su elaboración tomarán en cuenta la opinión de la Secretaría de Salud.

Artículo 26. El personal que realice funciones de atención a la salud en el área comunitaria, cualquiera que sea la denominación institucional o programática bajo la cual actúe deberá informar, orientar y motivar a la comunidad, respecto de las ventajas en salud de la práctica continua de la planificación familiar.

Artículo 27. Todo hombre o mujer que decida planificar su familia y seleccione un método anticonceptivo para su uso, deberá recibir la información, orientación y seguimiento de acuerdo a lo establecido por la norma técnica sobre métodos anticonceptivos.

Artículo 28. Cualquiera que sea el método anticonceptivo en uso y de acuerdo a la norma técnica sobre métodos anticonceptivos, la usuaria podrá acudir a control, de acuerdo a su condición de salud, en relación al método.

Artículo 29. Toda usuaria que manifieste molestias físicas en relación al método anticonceptivo en uso o desee cambiar por otro será referida a la unidad médica de primer nivel de atención.

Artículo 30. Todo usuario de planificación familiar recibirá atención en el lugar que sea más conveniente y accesible para él, para ello el personal comunitario proporcionará la información y los métodos anticonceptivos de barrera y hormonales en el ámbito de su propia comunidad.

Artículo 31. La frecuencia de las consultas para control del estado de salud según cada método anticonceptivo, se cumplirán de acuerdo a lo dispuesto por la norma técnica sobre métodos anticonceptivos". (29)

2.3. ASPECTOS OPERATIVOS

2.3.1. Líneas de acción para poner en práctica el programa de Planificación Familiar.

- Estrategias

En los Servicios Estatales de Salud (SESA) las estrategias instrumentadas se dirigen principalmente hacia la planeación, ampliación en la oferta y demanda de los servicios así como a mejorar la calidad y a la evaluación de las acciones.

- Planeación

Las acciones a realizar por los Servicios Estatales de Salud en materia de planeación, para 1992 se enfocarán básicamente a la programación y presupuestación estatal, jurisdiccional, institucional e interinstitucional.

*** Programación**

En la entidad desde 1987 se iniciaron las acciones de coordinación para la integración de un grupo de trabajo responsable de la elaboración de los objetivos, metas y estrategias del programa interinstitucional de planificación familiar. En la programación de 1992 se continúa con estas líneas de acción ya que la coordinación interinstitucional efectiva ha permitido la conjunción de esfuerzos y estructuras, con esta base se realiza la programación jurisdiccional y estatal de los SESA.

*** Presupuestación**

Desde 1985, se marco una nueva etapa en planeación y asignación de los recursos, ya que se atribuyó a las entidades federativas la programación presupuestal y a las áreas sustantivas centrales de radicación de estos recursos.

La administración estatal del Programa de Planificación Familiar ha adquirido relevancia en el proceso de programación, presupuestación y ha permitido sincronizar la racionalización del gasto y mejorar la utilización de los recursos existentes.

El Gobierno del Estado, en congruencia con el proceso de descentralización de los servicios, ha tenido una participación financiera importante en el Programa de Planificación Familiar.

- Ampliación de la Oferta de Servicios.

*** Estrategia de Extensión de Cobertura**

Considerando los objetivos del Sistema Nacional de Salud de continuar incrementando la cobertura en las comunidades rurales, para 1992 se cubrirán 852 localidades con los Servicios Básicos de Salud de la Estrategia de Extensión de Cobertura que incluyen: planificación familiar, hidratación oral, inmunizaciones, atención al menor de cinco años, control del embarazo, parto y puerperio y vigilancia epidemiológica simplificada.

Con el fin de garantizar la calidad en estos servicios, los SESA han reforzado la capacidad operativa de las 6 jurisdicciones sanitarias con 50 equipos supervisores zonales constituidos por un médico, una enfermera y un polivalente para asesorar también al personal de la Estrategia de Extensión de Cobertura organizados en 90 módulos.

Como apoyo especial al desarrollo de la Estrategia de Extensión de Cobertura, en las jurisdicciones 04 Montaña y 06 Costa Chica se continúa contando con una Brigada Móvil financiada por UNICEF, integrada por un médico, un promotor, una enfermera y un técnico en saneamiento para asesorar a las auxiliares de salud en las actividades y prestar servicios de salud directamente a la comunidad.

* Servicios para Adolescentes.

Para la población de 15 a 19 años, que representan el 12% del total, hasta el momento los servicios de salud prestados han sido insuficientes si se considera que anualmente se registra un alto número de embarazos en este grupo de edad, que en su mayoría se consideran de alto riesgo y conllevan a serias limitaciones para el desarrollo.

Una de las estrategias para coadyuvar al mejoramiento de la salud materno infantil en este grupo de edad, evitando los embarazos no deseados y los problemas consecuentes, es que los SESA en coordinación con el COBACH, SEP, INDEJ, WAG y la Secretaría de la Defensa Nacional continuarán impartiendo cursos de orientación sexual, control prenatal, planificación familiar y riesgo reproductivo a la población adolescente además de que se capacitarán a profesores y coordinadores para efectuar la promoción educativa a los grupos juveniles, en especial se establecerá coordinación con la Secretaría de la Defensa Nacional para que en las reuniones sabatinas con el grupo de conscriptos del Servicio Militar Nacional, personal de los SESA otorguen pláticas de orientación sexual y planificación familiar.

Se crearán módulos de información en las escuelas secundarias y de nivel medio y serán atendidos por trabajadores sociales y orientadores, apoyados una vez por semana por el personal médico y paramédico de los SESA.

* Participación del Sector Privado.

El programa de Planificación Familiar ha considerado para 1992 seguir contando con la participación de los sectores social y privado como apoyo para el logro de la ampliación de la cobertura de servicios, para este fin se continuarán las acciones que marcan los convenios de colaboración firmados con las Sociedades Médicas de Ginecología y Anestesiología del Estado para realizar jornadas quirúrgicas en las regiones más apartadas donde existen demandantes de métodos definitivos y no cuentan con infraestructura hospitalaria.

La fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM), ha constituido un complemento cada vez más amplio de las instituciones del Sector Salud en la capacitación, promoción educativa y prestación de servicios a la población abierta, por lo tanto las Jurisdicciones Sanitarias continuarán coordinándose estrechamente con esta organización.

* Unidad Quirúrgica Móvil

Ante el hecho de que la solicitud de jornadas quirúrgicas por las Jurisdicciones Sanitarias, rebasan la cantidad de eventos factibles de realizar en coordinación con las Sociedades de Ginecología y Anestesiología, así como aquellas organizadas por los hospitales en los Centros de Salud más pequeños de su área de influencia, a partir de 1991 y en 1992 se contará con el apoyo de la unidad móvil de cirugía para satisfacer la demanda de las áreas más apartadas y alejadas de las unidades del segundo nivel de atención y que no han sido beneficiadas aún con estas jornadas, llevando hasta las propias localidades atención de planificación familiar de alta calidad a aquellas personas que por diferentes motivos tal vez nunca acudirán a alguna unidad hospitalaria.

* Capacitación.

Con el apoyo de capacitación-supervisión planteado para la Estrategia de Extensión de Cobertura, se capacitará en servicio a las auxiliares de salud mediante la observación y aplicación de guías diagnósticas permitiendo así incrementar los conocimientos, para mejorar el desarrollo de las habilidades y favorecer su permanencia en el programa. A través del proyecto entre THE ASSOCIATION FOR VOLUNTARY SURGICAL CONTRACEPTION (AVSC) Y DESARROLLO E INVERSIÓN DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR A.C. (DIPLAF), se capacitará a personal médico y paramédico para proporcionar una mejor respuesta a la demanda de servicios de métodos permanentes de anticoncepción, con mayor calidad y seguridad lográndose ampliar el número de personal con mayor conocimiento y destreza para realizar actividades de consejería y prestación de los servicios.

- Ampliación de la Demanda de Servicios.

Las actividades de promoción constituyen el principal instrumento con que se cuenta para propiciar un aumento en la demanda de los servicios de planificación familiar.

Los esfuerzos realizados en materia de promoción han sido múltiples pero aún insuficientes, ya que para realizar una difusión intensiva, se requiere establecer un compromiso de participación social, tanto de los órganos de difusión del sector público como de los medios del sector privado.

En este sentido los Servicios Estatales de Salud han elaborado una Estrategia Comunicacional para intensificar las acciones de planificación familiar, que serán desarrolladas en coordinación con COESPQ.

Esta estrategia se efectuará a través de los diferentes medios de difusión masiva y a la divulgación colectiva.

• Promoción Educativa en Medios Masivos.

Para ampliar la demanda de servicios, los SESA, en coordinación con la Dirección de Comunicación Social del Gobierno del Estado continuarán implementando la difusión de contenidos educativos de planificación familiar a través de prensa, radio y televisión. En las radiodifusoras del Estado se continuará transmitiendo la serie "Estrenando cuerpo" y "Vital".

En 1992 se reproducirán entrevistas para transmitirse por televisión, enfatizando los efectos positivos que en la salud tiene la planificación familiar, las cuales se difundirán por el canal 7 de televisión educativa de Guerrero y las estaciones de radio locales.

• Promoción por Medio de Impresos.

Se producirán y distribuirán trípticos dirigidos a la población en general, se pondrá un especial énfasis en los dirigidos a la población masculina sobre todo del área rural. En este sentido se producirá nuevamente la serie de folletos titulados "Libro Guía" que se presenta en un formato similar a las historietas populares más vendidas.

Estos folletos serán distribuidos a la población por las auxiliares de salud.

Se diseñó en la entidad un rotafolio de planificación familiar acorde a la realidad de la población rural, tomando el enfoque de riesgo reproductivo, que será elaborado en tela para facilitar el traslado y garantizar su durabilidad.

• Convenios.

Con el objeto de ampliar la cobertura de usuarios del programa de planificación familiar se continuarán las acciones establecidas en los convenios de colaboración para la promoción del programa con JNDEJ, COBACH, SEP ESTATAL Y FEDERAL, JNEA, FEDERACION MEDICA, SOCIEDADES MEDICAS LOCALES, SOCIEDADES DE GINECOLOGIA Y ANESTESIOLOGIA, así como los Centros de Readaptación Social, durante 1992 se tendrá especial cuidado en que esas organizaciones y los SESA cumplan con las cláusulas establecidas.

Convenio SESA-JNDEJ Establece la participación de los SESA en entrevistas para radio y televisión dirigidas a los adolescentes, además de proporcionar apoyo audiovisual de orientación sexual y planificación familiar en las pláticas organizadas por el Instituto.

Convenio **SESA-COBACH** Establece la participación de los **SESA** con ponentes y apoyos audiovisuales en los cursos de orientación sexual y planificación familiar a los alumnos así como la dotación de métodos anticonceptivos para quien lo demande.

Convenio **SESA-SEP** Establece la impartición de cursos de capacitación en orientación sexual y planificación familiar a los maestros del sistema federal y estatal, para que a través de la estructura de estas dependencias, los profesores sean portadores de mensaje a los padres de familia en todo el Estado.

Convenio **SESA-JNEA** Establece la participación de los **SESA** con apoyos audiovisuales en las pláticas sobre temas de orientación sexual y planificación familiar que se imparten a los alumnos.

Convenio **SESA-FEDERACION MEDJCA Y SOCJEDADES MEDJCAS LOCALES** Establece la dotación de material de promoción a los médicos particulares, con el fin de que lo ubiquen en las salas de espera y los pacientes puedan tener acceso a estos instrumentos de información.

Convenio **SESA-SOCJEDAD DE GJNECOLOGJA Y SOCJEDAD DE ANESTESJOLOGJA** establece la participación de los miembros de estas sociedades en la realización de jornadas quirúrgicas que se desarrollan en los Centros de Salud Rurales Concentrados más apartados.

Convenio **SESA-CERESOS** establece la participación de los **SESA** para capacitar en planificación familiar y orientación sexual al personal médico y paramédico de los centros que cuentan con este personal y en aquellos, que carezcan, proporcionar atención primaria regularmente, así como la dotación de los métodos anticonceptivos necesarios.

Se fortalecerá la coordinación con **SARH, SRA y CNC** para que a través de sus promotores capacitados, continúen otorgando la información del programa a un número cada vez mayor de la población. A estos promotores se les solicitará no únicamente la impartición de pláticas, sino que éstas consoliden en la referencia de por lo menos dos personas por mes y por promotor a las unidades de salud para ser incorporados al programa.

* Participación de la Población Masculina.

El control de la fecundidad continúa siendo una responsabilidad casi exclusiva de la mujer, lo ejemplifica el hecho de que una de cada cinco mujeres en edad fértil unidas han optado por un método permanente y sólo uno de cada 130 hombres ha aceptado la vasectomía. La participación del hombre en la toma de decisiones y en la responsabilidad compartida se fomentará mediante la intensificación de pláticas de orientación sexual, planificación familiar y riesgo reproductivo.

La capacitación en la técnica de vasectomía sin bisturí aunado a una mayor promoción del método, seguramente propiciará una mayor participación del varón en el programa.

* Atención a la Población Rural.

En coordinación con la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM, se continuará el programa de capacitación y apoyo en la prestación de los servicios para 140 auxiliares de salud de la Estrategia de Extensión de Cobertura enfocado principalmente a la atención de partos domiciliarios y metodología anticonceptiva.

* Salud y Patrones Reproductivos.

El programa de planificación familiar se orientará a disminuir el riesgo reproductivo que para la salud materno infantil conllevan los intervalos cortos entre nacimientos, los embarazos en edades extremas del período reproductivo y la alta paridad, utilizando el enfoque de riesgo en la incorporación y permanencia de usuarios en el programa, concibiendo así a la planificación familiar como un recurso básico en la atención primaria a la salud.

Para la utilización de este enfoque de riesgo reproductivo se capacitará al personal prestador de servicios de salud, con las guías didácticas proporcionadas por la Dirección General de Planificación Familiar.

- Seguimiento y Evaluación.

Para evaluar el desarrollo de las actividades del programa se considerarán tres grupos de indicadores:

A) Los que miden el impacto del programa de planificación familiar en relación con sus objetivos, es decir, en términos de reducción de la fecundidad, natalidad y del mejoramiento de la salud materno infantil.

B) Los que miden los resultados del programa de planificación familiar en términos de su cobertura.

C) Los que permiten evaluar continuamente el desarrollo de las actividades del programa y corregir posibles desviaciones. Para tal efecto y con el apoyo del modelo de evaluación-supervisión se realizará la evaluación con un mayor énfasis en los aspectos cualitativos del funcionamiento de la Estrategia de Extensión de Cobertura para aplicar de manera rápida y oportuna las medidas correctivas.

A través del SEJB Institucional y Comunitario se obtendrán los datos necesarios para efectuar un seguimiento del desarrollo operativo de los resultados del programa. Los principales indicadores que se tomarán en cuenta serán: usuarios nuevos, usuarios activos, anticoncepción, postparto, consultas de planificación familiar, consumo de anticonceptivo, pláticas y visitas domiciliarias.

El informe mensual del coordinador normativo de planificación familiar jurisdiccional, proporcionará información sobre el número de supervisiones, capacitación y existencias de métodos anticonceptivos en los almacenes.

Por otro lado las actividades que desarrollan las auxiliares de salud en las comunidades de la *ECC*, se evaluarán considerando la información del componente comunitario del *SEJB*.

Características de la información.

Para evaluar objetivamente el programa, es fundamental la información completa, oportuna y confiable en todos los niveles administrativos para la adecuada toma de decisiones. Por consiguiente se vigilará que la información incluya tres aspectos: cantidad, oportunidad y confiabilidad.

Uno de los aspectos importantes en el manejo de la información durante 1992 será poner una mayor atención en el registro de consultas, sobre todo en las de primera vez, que indirectamente proporcionan el número de usuarios nuevos ya que durante 1990 se detectó subregistro de las mismas, así como en el correcto registro del consumo de anticonceptivos.

Aunque la diferencia de información detectada entre el *SEJB* y la forma *AQV* es mínima, se continuará con el manejo interno de este formato, hasta que se regularice totalmente la información.

El conocimiento del desarrollo del programa es muy importante sobre todo para la toma de decisiones que faciliten el buen funcionamiento, para 1992 el Estado continuará realizando evaluaciones mensuales, bimestrales, trimestrales, semestrales y anuales del programa estatal, que serán presentadas en las reuniones contando con la presencia del Ejecutivo Estatal, y del Director General de Planificación Familiar.

A nivel de unidades de salud los directores serán los responsables de realizar un seguimiento periódico de los logros alcanzados en relación a las metas programadas para sus unidades y módulos de la Estrategia de Extensión de Cobertura.

Todas estas evaluaciones se realizarán por componente y área de aplicación y en comparación con periodos de tiempo similares del año próximo pasado.

A nivel jurisdiccional la evaluación se realizará con la misma periodicidad pero tomando en consideración las acciones realizadas por cada Municipio y Unidad de Salud.

Recursos

- Infraestructura

La infraestructura de los Servicios Estatales de Salud en 1992, está organizada en dos componentes programáticos, el Institucional y el Comunitario, clasificados de acuerdo al número de habitantes de las localidades, sede, tipo de recursos físicos

instalados y las características de los prestadores de servicios, en cuanto al tipo de población al que van dirigidas las acciones, se considera también dos áreas la Urbana y la Rural.

El Componente Institucional está constituido por 515 unidades de salud y el comunitario por 852 comunidades menores de 2500 habitantes, en cuanto a la clasificación por Áreas, la Urbana, está conformada por 9 Hospitales Generales y 56 Centros de Salud Urbanos; mientras que el Área Rural esta compuesta por 73 Centros de Salud Rural para Población Concentrada, 333 Centros de Salud Rurales de Población Dispersa y 44 Unidades Auxiliares de Salud.

2.3.2. Recursos Humanos.

Los Recursos Humanos del primer y segundo nivel de atención suman 4803, de los cuales 378 son médicos, 1205 enfermeras, 832 paramédicos y 771 becarios.

En la Estrategia de Extensión de Cobertura, cada Jurisdicción Sanitaria cuenta con un Médico Coordinador Normativo de Planificación Familiar, teniendo un total de 90 Supervisores de Auxiliares de Salud y 892 Auxiliares de Salud Comunitarias.

2.3.3. Recursos Materiales.

Medicamentos, Material de Curación y Anticonceptivos.

Para que las actividades del programa de Planificación Familiar se realicen es necesario contar oportunamente y en cantidades suficientes con los suministros médicos adecuados. Una correcta dotación de la cantidad y tipo de los materiales requeridos determinará en gran medida el éxito o fracaso de las etapas del sistema logístico.

La metodología propuesta por la Dirección General de Planificación Familiar para el cálculo de los suministros comprende la estimación de las cantidades de material de curación con base en el número estimado de las cuatro actividades clínicas de Planificación Familiar: revisiones ginecológicas, inserciones de dispositivos, oclusiones tubarias y vasectomías. A cada actividad clínica se le aplicó el consumo anual promedio de cada uno de los suministros, considerado además el porcentaje de desperdicio y número de usos de cada artículo.

Para el cálculo de las necesidades de material anticonceptivo se aplicó el consumo anual promedio por método en base al número estimado de usuarios, tomando también en consideración las existencias reportadas en el inventario físico.

Las estimaciones del consumo anual promedio se realizaron de dos formas: una con base en los logros de usuarios por métodos reportados, a los cuales se les aplicó los indicadores de consumo de cada método, y otra con base en la diferencia de inventarios. A partir de estas cifras se obtuvieron los meses de existencia disponible con que contaban las Jurisdicciones y con esta información fueron ajustadas las cantidades de material anticonceptivo programado para 1992.

La adquisición y distribución de este material anticonceptivo seguirá estando a cargo de la Dirección General de Planificación Familiar a excepción del hormonal inyectable que será adquirido por los SESA, al igual que los medicamentos y material de curación necesarios para llevar a cabo las actividades quirúrgicas y de la Estrategia de Extensión de Cobertura.

Suministros para la Estrategia de Extensión de Cobertura.

Para que las comunidades de la Estrategia de Extensión de Cobertura cuenten con los suministros necesarios para realizar sus actividades, se calculó el "Cuadro Básico de medicamentos de uso rutinario".

En la programación de las cantidades de cada medicamento y material de curación para 1992, se tomaron como base los consumos de 1991 por Jurisdicción Sanitaria.

La adquisición de estos medicamentos y material de curación será también responsabilidad de los Servicio Estatales de Salud.

- Recursos Financieros.

Para 1992 el Programa de Planificación Familiar contará con el presupuesto normal federal, el de inversión estatal directa, el apoyo de la ONU y UNICEF con los cuales se continuará financiando los servicios personales de la brigada móvil así como algunos apoyos de medicamentos y material de curación para la Estrategia de Extensión de Cobertura en la Jurisdicción Sanitaria 04 Montaña y 06 Costa Chica.

Desde 1988 han sido otorgados por parte del Gobierno del Estado recursos financieros adicionales destinados principalmente al fortalecimiento de la Estrategia de Extensión de Cobertura y a la estructura operativa existente. El presupuesto de inversión estatal directa asignado al programa para 1992 será de \$875,000,000.00.

Los requerimientos presupuestales federales ascienden a \$7,482 millones de pesos, de los cuales fueron autorizados \$1,790 millones para el ejercicio presupuestal 1992.

Durante 1991, se ejercieron en el programa \$3,172 millones de pesos vía presupuesto normal federal e inversión estatal directa, lo autorizado para 1992 son \$2,662 millones, tomando en consideración la reducción de \$507 millones en relación al techo presupuestal de 1991 y el porcentaje de inflación, es claro que ésta restricción afectará el logro de metas de las actividades sustantivas y de apoyo.(30)

(30) SECRETARÍA de Salud, et. al., Programa de Planificación Familiar en Guerrero, 1992, p. 50-60.

3. PAQUETE ANATOMO-FISIOLOGICO FEMENINO.

"Los órganos de la reproducción de la mujer se clasifican de acuerdo a su situación externa o interna.

3.1 ORGANOS GENITALES EXTERNOS.

Las partes pudendas u órganos genitales externos suelen designarse con el nombre de vulva, que incluye todas las estructuras visibles externamente desde el borde inferior del pubis hasta el perineo, esto es, el monte de Venus, labios menores y mayores, clitoris, vestibulo, himen, orificio uretral y diversas estructuras glandulares y vasculares.(31)

En cuanto a la conformación general, la vulva está ocupada en su parte media por una depresión central, en el fondo de la cual se abren la uretra y la vagina. Esta depresión recibe el nombre de vestibulo. Está limitada a cada lado por dos anchos pliegues cutáneos yuxtapuestos: el labio mayor, por fuera y el menor por dentro, los primeros se pierden por delante en una eminencia media llamada pubis o monte de Venus.

Los labios menores están unidos por su extremidad anterior a un órgano eréctil medio, que es el clitoris.

Este último está formado por la unión de dos cuerpos eréctiles que son los cuerpos cavernosos. Otros dos órganos eréctiles, los bulbovesibulares o vulvares, están situados en el fondo del vestibulo, a los lados del orificio vaginal.

Finalmente hay dos glándulas ajenas a la vulva, se conocen con el nombre de glándulas de Bartolino o glándulas vestibulares mayores.

3.1.1 Monte de Venus.

El monte de Venus o monte del pubis es una pequeña elevación plana que se encuentra sobre la cara anterior de la sínfisis del pubis, es una eminencia ancha y media, situada por delante de la vulva. Esta eminencia se continúa hacia atrás y hacia abajo con los labios mayores, en tanto que por arriba se pierde en la parte inferior de la pared abdominal. A los lados está limitada por el pliegue de la ingle.

La elevación del monte de Venus es debida a que la piel está revestida por una gruesa capa de tejido adiposo. Este tejido está atravesado por haces que proceden: el ligamento suspensorio del clitoris, de la membrana fibroelástica, de los labios mayores y del ligamento redondo.

Después de la pubertad el monte de Venus se reviste de pelo ensortijado, el vello púbiano. En la hembra ocupa un espacio triangular cuya base corresponde al borde superior de la sínfisis y con algunos pelos que se extienden hacia abajo hasta la superficie externa de los labios mayores. (32)

(31) PRITCHARD, Jock A., *Williams Obstetricia*, p.7

(32) JOUVERE, H., *Anatomía Humana Descriptiva y Topográfica*, p. 399-401.

3.1.2 Labios Mayores.

Son dos pliegues redondeados de tejido adiposo cubiertos de piel y que se extienden hacia abajo y atrás a partir del monte del pubis. Embriológicamente, son homólogos al escroto del varón. Los ligamentos redondos terminan en sus bordes superiores, miden generalmente de 7 a 8 cm. de longitud, de 2 a 3 cm. de anchura y de 1 a 1.5 cm. de espesor. En sus extremidades inferiores se estrechan algo, se continúa directamente con el monte de Venus por arriba y se desvanecen en el periné por atrás, juntándose en la línea media para formar la comisura posterior.

Contienen gran abundancia de glándulas sebáceas. Por debajo de la piel hay una capa de tejido conjuntivo denso, rica en fibras elásticas y en tejido adiposo, pero sin elementos musculares. Por debajo de la piel existe una masa de grasa que proporciona volumen al labio; este tejido adiposo es irrigado por un plexo venoso. (33)

Estructura.- Los labios mayores se componen de cuatro capas superpuestas:

- 1.- La piel
 - 2.- Una capa de fibras musculares lisas
 - 3.- Un pánículo adiposo subcutáneo
 - 4.- Una membrana fibroelástica
 - 5.- Una masa adiposa contenida en el saco fibroelástico. (34)
- 3.1.3 Labios Menores o Ninfas.

Son dos pliegues cutáneos de apariencia mucosa, situados por dentro de los labios mayores, miden por término medio, 3 cm de longitud y 1 a 1.5 cm de altura. Su espesor aumenta desde su borde libre hacia el borde adherente, donde alcanza medio centímetro.

Cada labio menor consta de un delgado pliegue de tejido que se hayan protegidos por los labios mayores, presentan un aspecto húmedo y rojizo, similar al de una mucosa. Sin embargo están cubiertos de epitelio estratificado en el que sobresalen numerosas papilas, no tienen pelos pero sí muchos folículos sebáceos y algunas glándulas sudoríparas. El interior de los pliegues labiales está formado por tejido conjuntivo rico en vasos y pobre en fibras musculares, como las estructuras eréctiles. Son sumamente sensibles y están abundantemente provistos de diversas clases de terminaciones nerviosas.

Los tejidos de los labios menores convergen superiormente y cada uno se divide, cerca de su extremidad, en dos laminillas, de las que las inferiores se unen y forman el frenillo del clitoris y las superiores se desvanecen en el prepucio del clitoris. Inferiormente, los labios menores se extienden para aproximarse en la línea media -

(33) PRITCHARD, Jack A., *Williams Obstetricia*, p. 7

(34) ROUMÈRE, H., *Anatomía Humana Descriptiva u Topográfica*, p. 399-401.

como puentes de tejido que se funden para formar la horquilla, fácilmente visible en la mujer nulípara, no obstante en la multipara, los labios menores suelen encontrarse imperceptiblemente contiguos a los mayores.

3.1.4 Clitoris.

El clitoris homólogo del pene, es una estructura pequeña cilíndrica y eréctil, situada en el extremo anterior de la vulva y que sobresale entre las extremidades ramificadas de los labios menores, las cuales forman el prepucio y el frenillo del clitoris, consta de glánde, un cuerpo (corpus) y dos pilares. El glánde está formado por células fusiformes y el cuerpo contiene dos cuerpos cavernosos en cuyas paredes hay fibras musculares lisas.

El clitoris rara vez supera los 2 cm de longitud, ni siquiera en estado de erección, permanece plegado a causa de la fuerte tracción que ejercen los labios menores sobre él. El glánde que rara vez supera los 0.5 cm de diámetro, está cubierto de epitelio estratificado, tiene abundantes terminaciones nerviosas y es por lo tanto extremadamente sensible al tacto. Los vasos del clitoris eréctil se comunican con los bulbos vestibulares; se cree que el clitoris es uno de los principales órganos erógenos de la mujer.

3.1.5 Vestíbulo.

El vestíbulo es un área en forma de almendra, limitada por los labios menores, que se extiende desde el clitoris por arriba a la horquilla por abajo. El vestíbulo es la estructura femenina funcionalmente madura del seno urogenital del embrión; en la madurez, habitualmente está perforado por seis aberturas: la uretra, la vagina, los conductos de las glándulas de Bartholin y algunas veces los conductos de las glándulas parauretrales, también denominados conductos y glándulas de Skene. La porción posterior del vestíbulo situada entre la horquilla y el orificio vaginal, se designa como fosa navicular. Sólo suele observarse en las mujeres nulíparas, ya que se oblitera después del parto.

Las glándulas vestibulares mayores o glándulas de Bartholin miden de 0.5 a 1 cm de diámetro, situadas por debajo del vestíbulo a ambos lados del orificio vaginal. Las glándulas de Bartholin están localizadas debajo del músculo constrictor de la vagina y algunas veces aparecen cubiertas en parte por los bulbos vestibulares. Sus conductos de 1.5 a 2 cm de longitud desembocan a ambos lados del vestíbulo, inmediatamente por fuera del borde lateral del orificio de la vagina. Su pequeño calibre sólo permite el paso de la sonda más delgada. Estas glándulas secretan material mucoso durante la excitación sexual.

3.1.6 Orificio Uretral.

El meato uretral está situado en la línea del vestíbulo, a 1.5 cm por debajo del arco púbico y ligeramente por encima del orificio vaginal. Su aspecto es rugoso. El orificio aparece como una hendidura vertical que al distenderse alcanza los 4 o 5

cm de diámetro. Habitualmente, los conductos parauretrales se abren en el vestibulo a ambos lados de la uretra, aunque en algunas ocasiones lo hacen en la pared posterior de ésta, inmediatamente dentro del meato.

Estos conductos son de pequeño calibre, ya que suelen tener 0.5mm de diámetro y de longitud variable. Los conductos parauretrales también conocidos como conductos de Skene, secretores de moco.

3.1.7 Orificio Vaginal e Himen.

El orificio vaginal ocupa la porción inferior del vestibulo y su forma y tamaño son muy variables. En las vírgenes queda oculto por los labios menores superpuestos y cuando se apartan éstos, aparece casi por completo cerrado por el himen.

El himen es sumamente variable en cuanto a forma y consistencia. Esta compuesto principalmente por tejido conjuntivo, rico en fibras elásticas y colágenas.

En la mujer virgen la abertura del himen varía de diámetro el cual oscila entre el tamaño de una punta de alfiler y el calibre suficiente para que pase la punta de un dedo o incluso de dos. La abertura himenal suele tener forma de media luna o circular pero en ocasiones puede ser cribiforme, tabicada o fimbriada.(35)

3.1.8 Periné o perineo.

La mayor parte del soporte del perineo es proporcionada por los diafragmas pélvicos y urogenital. El diafragma pélvico está formado por los músculos elevador del ano, posteriormente el Isquiocoxigeo y las cubiertas fasciales de éstos. Los músculos del elevador forman una amplia cubierta muscular que se origina en la cara posterior de la rama superior del pubis, en la cara interna de la espina isquiática, y entre ambos en la fascia obturatriz. Las fibras musculares se insertan en diversas localizaciones: alrededor de la vagina y el recto para formar los eficientes esfínteres funcionales de ambos en un rafe situado entre la vagina y el recto, en otro rafe medio ubicado debajo del recto y en el cóccix. El diafragma urogenital está situado externamente al pélvico, esto es en el área triangular situada entre las tuberosidades isquiáticas y la sínfisis púbica. Está formado por el músculo transverso del perineo, el constrictor de la uretra y las fascias interna y externa.

El rafe medio de los elevadores del ano, situado entre éste y la vagina, está reforzado por el tendón central del perineo, en el cual convergen por ambos lados el bulbocavernoso, el isquiocavernoso, el constrictor de la vulva, el perineal transverso superficial y el esfínter externo del ano. Estas estructuras contribuyen a la formación del cuerpo perineal y forman el principal soporte del perineo.(36)

(35) PRITCHARD, Jack A., *Williams Obstetricia*, p. 7-9

(36) PRITCHARD, Jack A., *Ídem*, p.13

3.1.9 Vasos y Nervios de la vulva.

1.-**ARTERIAS.** Las arterias de la vulva proceden de las arterias pudendas externas de la femoral y sobre todo, de la arteria pudenda interna, rama de la hipogástrica.

El bulbo está irrigado por las arterias bulbar y bulbouretral, así también la glándula de Bartolino recibe ramos de la bulbar y de la perineal superficial.

2.-**VENAS.** Las venas del monte de Venus y de los labios mayores y menores se vierten en las venas pudendas externas por delante, y en las venas perineales superficiales, así como las venas pudendas internas, por detrás, además de las venas del bulbo y de la red intermedia.

Las venas del clitoris son recogidas por las venas clitorideas superficiales y profundas, dos venas dorsales superficiales una derecha y otra izquierda, la vena safena interna y la vena dorsal profunda.

3.-**LINFÁTICOS.** Los vasos linfáticos de la vulva terminan en los ganglios inguinales superficiales internos, y sobre todo en los ganglios del grupo superno-interno. Ciertos linfáticos del glande del clitoris terminan en los ganglios inguinales profundos y otros van a los ganglios ilíacos externos.

4.-**NERVIOS.** Los nervios del monte de Venus y de la parte anterior de los labios mayores proceden de las ramas genitales de los nervios abdomino-genitales y génitocrural, ramo perineal externo, ramo superficial del nervio perineal y rama del pudendo interno. Los labios menores reciben sus nervios de los ramos superficial y profundo del nervio perineal. El ramo profundo de éste nervio inerva también el bulbo. Los nervios dorsales del clitoris inervan este órgano. Los nervios vaso-motores para las glándulas de Bartholin y los bulbos proceden de los plexos simpáticos que acompañan a las arterias. Estos dos cuerpos cavernosos están inervados por ramas del nervio cavernoso del clitoris que procede a su vez del plexo simpático útero vaginal. (37)

3.1.10 Glándulas Mamarias.

Las glándulas mamarias son tubuloalveolares ramificadas y se localizan sobre los músculos pectorales mayores, a los cuales están unidas por una capa de tejido conectivo. En lo relativo a su estructura interna, cada glándula mamaria consisten en 15 a 20 lóbulos compartimientos separados por tejido adiposo. El volumen de este último es el que determina el tamaño de las mamas que no guarda relación con el volumen de leche producida. Cada lóbulo incluye compartimientos de menor tamaño, denominados lobulillos y constituidos por tejido conectivo en el que se encuentran incluidas las células secretoras de leche o alveolos. Los ligamentos suspensorios de la mama (ligamentos suspensorios de Cooper) representan un

(37)ROUYÉRE, H., *Anatomía Humana Descriptiva y Topográfica*, p. 405-406

armazón de bandas de tejido conectivo fibroso dispuestas entre la piel y la fascia pectoral, y brindan sostén a los lobulillos. Los alveólos presentan una disposición a la que se ha comparado con un gran racimo de uvas muy pequeñas, y en un conducto lactífero alveolar que a su vez convergen en 12 a 20 conductos lactíferos (conductos lactéforos). Al acercarse estos últimos al pezón presentan una dilatación conocida como seno lactífero (ampolla lactífera), en el que suelen acumularse la leche; los conductos en cuestión terminan en el pezón.

Cada uno de los conductos lactíferos transporta leche de uno de los lóbulos hasta el orificio por el que se abre al exterior, si bien, algunos de los conductos suelen unirse antes de llegar al pezón. El área circular hiperpigmentada que rodea a este último es la areóla, cuyo aspecto irregular se debe a la presencia de glándulas sebáceas modificadas. (38)

El pezón está rodeado de una superficie pigmentada anular, de un diámetro de 4 a 5 cm, llamada areóla. Rosada en la joven, toma un tinte más oscuro desde el comienzo del embarazo. Su superficie es desigual por la presencia de pequeñas eminencias, llamadas tubérculos de Morgagni, formadas por voluminosas glándulas sebáceas. (39)

3.1.11 Vasos y Nervios de la glándula mamaria.

1.-ARTERJAS. Ramas perforantes de la mamaria interna, arterias de la mamaria externa, de la acromio-torácica superior y ramas de la axila.

2.-VENAS. Alrededor de la areóla hay un anillo llamado círculo venoso de Haller. Las venas profundas terminan: en las venas mamarias externa, por fuera, en la vena mamaria interna, por dentro, y en las venas intercostales por detrás.

3.-LINFÁTICOS. Vasos que terminan en los ganglios axilares llamados de Rieffel y ganglios axilares del grupo subclavicular.

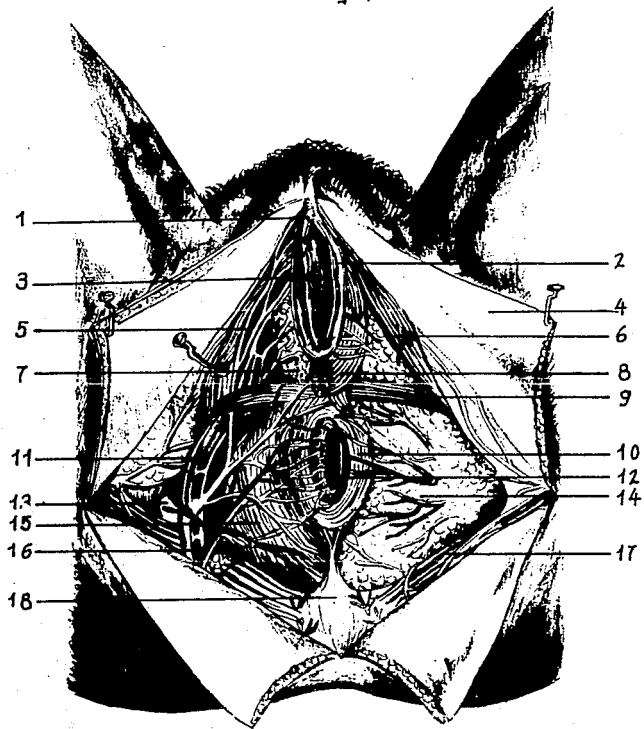
4.-NERVIOS. Los nervios cutáneos proceden del plexo cervical superficial, por la rama supraclavicular. (40)

(38) TORTORA, J. G., *Principios de Anatomía y Fisiología*, p. 932.

(39) NOUMÈRE, H., *Anatomía Humana Descriptiva y Topográfica*, p. 407

(40) NOUMÈRE, H., *ibidem*, p. 409.

Lámina 1. Región perineal en la mujer.
Plano superficial y profundo.



REGION PERINEAL EN LA MUJER. PLANO SUPERFICIAL Y PROFUNDO

LAMINA 1.

1. Clitoris
2. Labios menores pudendos
3. Orificio externo de la uretra
4. Calgajos cutáneos y aponeuróticos
5. Vasos y nervios perineales superficiales
6. Músculo isquilocavernoso
7. Bulbo vestibular
8. Músculo bulbocavernoso
9. Músculo transverso profundo del perineo
10. Músculo esfínter externo del ano
11. Vasos pudendos Internos
12. Ano
13. Músculo obturador interno
14. Fosa isquirectal
15. Músculo elevador del ano
16. Nervio pudendo
17. Músculo glúteo mayor
18. Ligamento anococcígeo

FUENTE: LOPEZ Antúnez Amendolla, Atlas de Anatomía Humana.

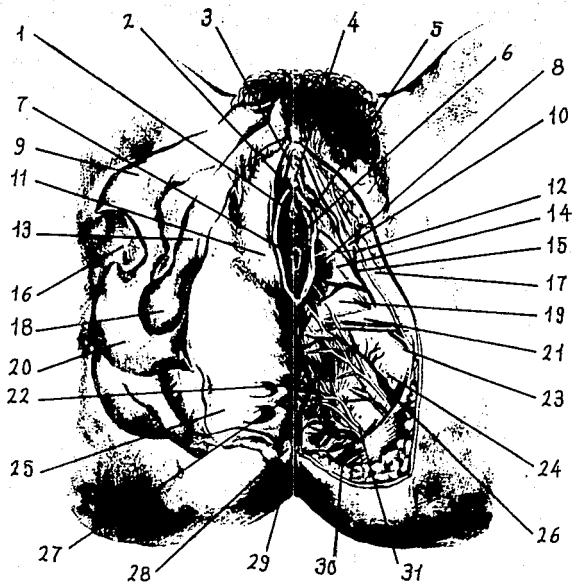


Lámina 2. Región perineal en la mujer
 Plano superficial y profundo

REGION PERINEAL EN LA MUJER PLANO SUPERFICIAL Y PROFUNDA

LAMINA 2 .

1. Orificio uretral
2. Frenillo del clitoris
3. Prepuccio del clitoris
4. Clitoris
5. Labios menores
6. Himen
7. Vagina
8. Músculo bulbocavernoso
9. Rama horizontal del pubis
10. Aponeurosis superficial
11. Labio mayor
12. Nervio perineal (rama superficial)
13. Rama isquiopubiana
14. Nervio perineal (rama profunda)
15. Arteria perineal superficial
16. Cabeza del fémur
17. Músculo isquiocavernoso
18. Isquión
19. Diafragma urogenital
20. Hueso ilíaco
21. Músculo transverso superficial del periné
22. Ano
23. Vena pudenda interna
24. Músculo elevador del ano
25. Sacro
26. Vasos hemorroidales inferiores
27. Esfínter externo del ano
28. Cóccix
29. Tabique anococcygeo
30. Músculo glúteo mayor
31. Nervio hemorroidal

FUENTE: LOPEZ Antóniz Amendolla, Atlas de Anatomía Humana.

3.2 ORGANOS GENITALES INTERNOS.

3.2.1 Vagina.

La vagina es una estructura tubular músculo membranosa que se extiende desde la vulva al útero; está interpuesta anterior y posteriormente entre la vejiga urinaria y el recto. Es un órgano que tiene muchas funciones; es el canal excretor del útero a través del cual fluyen las secreciones y el flujo menstrual) es el órgano femenino de la copulación y parte del canal de parto. La porción superior de la vagina surge de los conductos de Müller, la porción inferior se forma a partir del seno urogenital. Por delante la vagina está en contacto con la vejiga y la uretra, de los cuales la separa el tejido conjuntivo, que suele denominarse tabique vesicovaginal. Por detrás, entre su porción inferior y el recto, hay tejido similar que forma el tabique rectovaginal. Habitualmente la cuarta parte superior de la vagina se haya separada de la parte terminal del intestino o recto por el fondo de saco perineal llamado de Douglas o rectouterino.

La vagina es capaz de experimentar una distensión importante, como se pone de manifiesto durante el parto. La extremidad superior de la vagina termina en una bóveda en la que sobresale la porción inferior del cuello uterino.

La bóveda vaginal se subdivide en fondos de saco, uno anterior y otro posterior y dos laterales. Como la vagina se inserta más arriba en la pared cervical posterior que en la anterior, el fondo de saco posterior es mucho mayor que el anterior. Los sacos laterales son de profundidad intermedia.

En las mujeres la vagina varía considerablemente de longitud, habitualmente las paredes vaginales anterior y posterior tienen respectivamente de 6 a 8 cm y de 7 a 10 cm de longitud.

La mucosa vaginal está compuesta por epitelio escamoso estratificado, no cornificado. También se observa una fina capa de tejido conectivo que cubre, la mucosa y la musculosis, una de ellas rica en vasos sanguíneos y otra en algunos nódulos linfoides pequeños.

El pH de la secreción vaginal varía con la naturaleza de las hormonas ováricas secretadas. Antes de la pubertad el pH de las secreciones de la vagina oscila entre 6.8 y 7.2, mientras que en la mujer adulta es mucho más bajo, y está comprendido entre 4 y 5.

3.2.2 Útero.

El útero es un órgano muscular cubierto en parte por el peritonio o serosa. Sin cavidad está revestida por el endometrio. Durante el embarazo el útero sirve para recibir, implantar, retener y nutrir el óvulo fecundado, que se expulsa durante el parto.

El útero no gestante está situado en la cavidad pélvica entre la vagina anteriormente y el recto posteriormente. Casi toda su pared posterior se encuentra

cubierta de peritoneo, mientras que su porción inferior limita en su parte anterior el fondo de saco de Douglas. Sólo la porción superior de la pared anterior está cubierta de esta manera su porción inferior se une a la pared posterior de la vejiga mediante una capa bien definida de tejido conjuntivo.

El útero es una estructura piriforme y aplanada que consta de dos partes desiguales, una porción superior triangular, el cuerpo y la porción inferior cilíndrica o fusiforme, esto es, el cuello (o *cérvix*). La cara anterior del cuerpo es casi plana, pero la cara posterior es claramente convexa. Los oviductos o trompas de Falopio se inician en los cuernos del útero, en la unión del borde superior con la lateral. El borde convexo comprendido entre los puntos de inserción de las trompas recibe el nombre de *fundus* o fondo uterino. Los bordes laterales se extienden desde los cuernos hasta el suelo pélvico. Lateralmente el útero, por debajo de la inserción de las trompas, no está cubierto directamente por el peritoneo sino que es el lugar de inserción de los ligamentos anchos.

El útero es sumamente variable en cuanto a forma y tamaño según la edad y número de partos. Antes de la pubertad mide de 2.5 a 3.5 cm de longitud. El útero de la mujer adulta nulípara tiene de 6 a 8 cm de longitud, en comparación con los 9 a 10 cm de la multípara. Ambos tipos de útero también difieren considerablemente en peso: normalmente, el de la primera es de 50 a 70 gr. y en las últimas de 80gr. o algo más.

La mayor parte del cuerpo del útero, a excepción del cuello, está constituida por tejido muscular.

El canal cervical es fusiforme y se abre en cada extremo por pequeños orificios, denominados orificio cervical interno y externo.

Después de la menopausia, el tamaño del útero disminuye como consecuencia de la atrofia del miometrio y del endometrio.

El istmo tiene especial importancia obstétrica, debido a que durante el embarazo contribuye a la formación del segmento inferior.

Es la unión del cuerpo con el cuello. El istmo corresponde por delante al borde posterior de la vejiga y al fondo de saco vesico-uterino. Sus relaciones por detrás y a los lados son análogas a la de la cara posterior y de los bordes laterales del cuerpo uterino.

3.2.3 Cuello Uterino

El cuello es la porción del útero que se encuentra por debajo del istmo. Por la cara anterior, el orificio cervical interno se corresponde aproximadamente con el nivel en el que el peritoneo se dobla y se dirige a la vejiga.

La inserción de la vagina lo divide en las porciones supravaginal y vaginal. El orificio externo se localiza en la extremidad inferior de la porción vaginal del cuello.

El orificio externo tiene un aspecto muy variable. En la mujer nulipara es una pequeña abertura oval regular. Tiene la consistencia del cartilago nasal. Después del parto el orificio se convierte en una hendidura transversal que divide al cuello en los llamados labios anterior y posterior.

El cuello uterino esta compuesto principalmente de tejido colagenoso y elastico, asi como de algunas fibras musculares lisas y vasos sanguineos. La transición del tejido conjuntivo, principalmente colágeno, del cuello al tejido principalmente muscular del cuerpo, aunque por lo general es súbita, puede ser gradual y extenderse hasta 10mm.

Las propiedades físicas del cuello dependen en gran medida del estado del tejido conjuntivo y que durante el embarazo y el parto, la gran capacidad de dilatación del cuello se debe a la disociación de las fibras colágenas.

Característicamente, la mucosa del canal cervical, aunque desde el punto de vista embriológico es la continuación directa del endometrio, se ha diferenciado de forma que sus cortes transversales muestran un aspecto de panel. La mucosa esta formada por una sola capa de epitelio cilindrico muy alto, que descansa sobre una membrana basal. Los núcleos ovales se encuentran situados cerca de la base de las células, cuyas porciones superiores tiene aspecto claro debido a su contenido mucoso. Estas células estan provistas de abundantes cilios.

Las glándulas cervicales se extienden directamente desde la superficie de la mucosa al tejido conjuntivo subyacente, ya que el cuello uterino no tiene submucosa. Estas glándulas proveen la secreción espesa y pegajosa del canal cervical.

Los cambios de las características de la mucosa cervical dependen de las variaciones de los patrones hormonales del ciclo ovárico.

La pared del cuerpo uterino consta de tres capas: serosa muscular y mucosa. La capa serosa está formada por el peritoneo que recubre al útero, al que está firmemente adherido excepto inmediatamente por encima de la vejiga y en los bordes, donde se desvía hacia los ligamentos anchos.

Endometrio La capa interna del útero, o mucosa que sirve de revestimiento a la cavidad uterina en mujeres no gestantes, es el endometrio. Consiste en una membrana delgada, aterciopelada, de color rosado, que si se examina con detenimiento, se ve perforada por un gran número de diminutos orificios que corresponden a las glándulas uterinas. A causa de sus constantes modificaciones cíclicas durante el periodo reproductor de la vida, el espesor del endometrio es muy variable y oscila entre 0.5 y 5 mm. Consta del epitelio superficial, glándulas y tejido interglándular mesenquimal rico en vasos sanguíneos.

El endometrio sufre constantes modificaciones de origen hormonal durante cada ciclo menstrual. Las tres fases fundamentales son las siguientes:

1.- Período de proliferación (6o a 14o día del ciclo). El endometrio se espesa, las glándulas se alargan y vuelven tortuosas, con aspecto de serpiente o tirabuzón. Este período es llamado por algunos *estrogénico*, por ser estimulado por *estrógenos*,

2.- Período de secreción (15o a 27o día del ciclo). El endometrio se espesa aun más; las células del estroma proliferan, se ensanchan y se acercan, es sobre todo característica la proliferación de las glándulas, que se vuelven enormes y están distendidas con moco; al corte se notan en ellas repliegues del epitelio, que les dan aspecto en borde de serrucho; las arterias espirales aumentan de número y tamaño y sus vueltas , a la vez que los capilares son anchos y numerosos. Este período es llamado *progestacional* porque se debe a la proliferación glandular a las hormonas del cuerpo amarillo y es una preparación del endometrio para la implantación del huevo.

3.- Período de destrucción. Después de un adelgazamiento de la parte esponjosa superficial del endometrio sobreviene una circulación lenta con estasis circulatoria (4 a 5 días) luego se produce una anemia por vasoconstricción pasajera (4 a 24 horas) de la mucosa, se reabren las arterias y se inicia la hemorragia menstrual, a través de los capilares, arteriolas y venas, en el estroma y en algunas glándulas. Se forman pequeños lagos debajo del epitelio superficial que se necrosa. La sangre se abre camino hacia la superficie y con ella caen leucocitos, moco y colgajos de la membrana desintegrada. Si la salida de sangre es rápida, puede coagular y contiene trombina; si la salida es lenta, ha perdido su fibrinógeno en parte o del todo suele contener antitrombina. La fibrina de los coágulos intrauterinos es disuelta con bastante rapidez (fibrinólisis). Así en unos tres días ha perdido por demolición la mitad de su espesor y comienza a repararse (2o a 5o día) para reanudar luego los tres períodos principales de evolución ya citados.

Miometrio

La mayor parte del útero consiste en fascículos de fibras musculares lisas, unidos por tejido conjuntivo rico en fibras elásticas. Las fibras musculares disminuyen caudalmente de manera progresiva, de manera que en el *córvix* el músculo es tan sólo el 10% de la masa de tejido. En el cuerpo, la capa interna contiene relativamente más fibras musculares que las capas externas y las paredes anterior y posterior, más que las paredes laterales. En el embarazo, el miometrio se hipertrofia primariamente, pero prácticamente no se modifica la musculatura del cuello.

3.2.4 Ligamentos del Útero

De cada lado del útero salen los ligamentos anchos, redondos y uterosacros. Los ligamentos anchos son dos estructuras en forma de alas, que se extienden desde los bordes laterales del útero hasta las paredes de la pelvis y dividen la cavidad pélvica en los compartimientos anterior y posterior. Cada ligamento ancho está formado por un pliegue de peritoneo que encierra diversas estructuras y tiene los bordes

superior, lateral, inferior y medial. Los dos tercios internos del borde superior forman el mesosalpinx, al que esta unida la trompa de Falopio. El tercio externo, que se extiende desde la extremidad fimbriada de la trompa hasta la pared pélvica, forma el ligamento infundibulopélvico (ligamento suspensorio del ovario), por el que pasan los vasos ováricos.

La base del ligamento ancho que es muy gruesa, se prolonga con el tejido conjuntivo del suelo de la pelvis; a través de él pasan los vasos uterinos. En la base del ligamento ancho, se encuentran los vasos uterinos y la porción inferior del uréter.

Los ligamentos redondos uno a cada lado, se extienden desde la porción anterior y lateral del útero; estos ligamentos surgen por debajo y anteriormente a las trompas. Cada uno de ellos está situado en un pliegue de peritoneo unido al ligamento ancho y se dirige hacia arriba y afuera hasta el canal inguinal, para pasar a través de él y terminar en la porción superior del labio mayor. En la mujer no gestante, el diámetro del ligamento redondo oscila entre 3 y 5 mm y se compone de tejido muscular liso, que se continúa directamente con el de la pared uterina, y de cierta cantidad de tejido conjuntivo.

Los ligamentos uterosacros se extienden desde una inserción posterolateral de la porción supravaginal del cuello uterino, circundan el recto y se insertan en la fascia que cubre la II y III vértebras sacras. Se componen de tejido conjuntivo y muscular y están recubiertos por el peritoneo. Forman los límites laterales del fondo de saco de Douglas y ayudan a mantener el útero en su posición normal al ejercer tracción sobre el cuello.

Posición del útero. Cuando la mujer no gestante está en posición erecta, el útero permanece casi horizontal y algo doblado sobre su cara anterior, de manera que el fondo uterino descansa sobre la vejiga mientras que el cuello mira hacia atrás en dirección a la punta del sacro, con su orificio externo a la altura de las espinas isquiáticas. La posición del útero varía según el grado de distensión de la vejiga y del recto.

El útero normal es un órgano dotado de cierta movilidad. El cuello se mantiene fijo, pero el cuerpo tiene libertad de movimientos en el plano anteroposterior. Por consiguiente, la postura y la gravedad determinan, en cierto grado, la posición del útero.

Vasos sanguíneos del útero. La irrigación vascular del útero procede principalmente de las arterias uterinas y ováricas. La arteria uterina, rama principal de la hipogástrica, después de descender un corto trecho penetra en la base del ligamento ancho, cruza el uréter por encima y continúa hacia el borde lateral del útero. Inmediatamente adyacente a la porción supravaginal del cuello, se divide en dos ramas. La arteria cervico vaginal, que es la menor, riega la porción inferior del cuello y la porción superior de la vagina. La rama principal tuerce bruscamente

hacia arriba y sigue a lo largo del borde uterino en forma de vaso sinuoso, una de cuyas ramas, de considerable tamaño, irriga la porción superior del cuello y numerosas ramificaciones más pequeñas penetran en el cuerpo uterino. Poco antes de llegar a la trompa, se divide en tres ramas terminales; la fúndica, la tubárica y la ovárica. La rama ovárica se anastomosa con la rama terminal de la arteria ovárica; la tubárica, que pasa por el mesosalpinx, aporta parte de la sangre a las trompas; y la rama fúndica se distribuye por la porción superior del útero.

Sangre procedente de la parte superior del útero, del ovario y de la parte superior del ligamento ancho forman el gran plexo pampiniforme, cuyos vasos terminan en vena ovárica.

La vena ovárica derecha desemboca en la cava y la izquierda en la vena renal izquierda.

Linfáticos. Los linfáticos de las diversas porciones del útero drenan en grupos distintos de ganglios linfáticos. Los del cuello lo hacen con preferencia en los ganglios hipogástricos, situados en la bifurcación de los vasos iliacos primitivos, entre las arterias iliaca externa e hipogástrica. Los del cuerpo uterino drenan en dos grupos de ganglios. Una parte de los vasos linfáticos drenan en los ganglios hipogástricos y la otra parte, después de unirse a otros linfáticos de la región ovárica, desemboca en los ganglios linfáticos periaórticos.

Inervación. La inervación procede sobre todo del sistema simpático, pero también se origina, en parte, en los sistemas cerebroespinal y parasimpático. El sistema parasimpático está representado en cada lado por el nervio pélvico que consta de unas cuantas fibras procedentes de los II, III y IV nervios sacros; se desvanece en el ganglio cervical de Frankenhäuser. El sistema simpático entra en la pelvis a través del plexo hipogástrico, que se origina a partir del plexo aórtico, inmediatamente por debajo del promontorio del sacro. Después de descender por ambos lados, también penetra en el plexo uterovaginal de Frankenhäuser, que está formado por ganglios de diversos tamaños, pero en especial por una gran placa ganglionar situada a ambos lados del cuello uterino, inmediatamente por encima del fondo de saco posterior y por delante del recto.

La rama de estos plexos inervan el útero, la vejiga y la porción superior de la vagina y constan de fibras mielínicas. Algunas fibras finalizan en terminaciones libres entre las fibras musculares, mientras que otras acompañan las arterias hasta el endometrio.

Los nervios dorsales XI y XII transportan las fibras sensitivas del útero que transmiten el dolor de las contracciones uterinas al sistema nervioso central de la mujer. Las fibras sensitivas del cuello uterino y de la porción superior del canal del parto pasan por los nervios pélvicos al II, III y IV nervios sacros, y las de la porción inferior del canal del parto lo hacen por lo nervios ilioinguinal y pudendo.

3.2.5 Trompas de Falopio

Las trompas de Falopio, u oviductos, se extienden desde los cuernos uterinos a un punto cercano a los ovarios, y son los conductos a través de los cuales el óvulo alcanza la cavidad uterina. Las trompas tienen de 8 a 14 cm. de longitud, los recubre el peritoneo y una mucosa tapiza su interior. Cada trompa se divide en porción intersticial, istmo, ampolla e infundíbulo. La porción intersticial está incluida en la pared muscular del útero. A partir de la cavidad uterina sigue una dirección fuertemente oblicua hacia arriba y afuera.

El istmo, la porción estrecha de la trompa inmediata al útero se va dilatando de manera gradual hasta formar la porción ensanchada o ampolla. El infundíbulo o extremidad fimbriada, es la abertura en forma de embudo de la extremidad distal de la trompa. El grosor de la trompa es muy variable, la porción más estrecha del istmo tiene de 2 a 3 mm. de diámetro y la porción más ancha de la ampolla de 5 a 8 mm.

La musculatura tubárica experimenta constantemente contracciones rítmicas, cuya frecuencia varía con los períodos de ciclo menstrual. Las contracciones alcanzan el máximo de frecuencia e intensidad durante el transporte del óvulo y son muy lentas y débiles durante el embarazo.

En la mucosa tubárica, existen cambios histológicos cíclicos similares, pero en mucho menor escala, a los del endometrio.

La corriente que producen los cilios tubáricos se dirige hacia la cavidad uterina. El peristaltismo tubárico desempeña probablemente un papel importante en el transporte del óvulo.

Las trompas son ricas en tejido elástico, vasos sanguíneos y linfáticos. La innervación simpática de las trompas es extensa, en contraste con la innervación parasimpática.

3.2.6 Ovarios

Los ovarios son dos órganos con forma más o menos almendrada cuyas funciones principales son:

- 1a., generativa o gametogénica, que consiste en producir el óvulo;
- 2a., endocrina o vegetativa, que consiste en segregar hormonas que desarrollan y mantienen los caracteres sexuales secundarios femeninos;
- 3a., forma el cuerpo amarillo, que tiene una acción endocrina propia;
- 4a., intervenir en la preparación del útero para la preñez y en la lactancia;
- 5a., desarrollar la mama y preparar la secreción de la leche, coadyuvando en estas funciones las hormonas ováricas y las del cuerpo amarillo, y si hay preñez, más tarde las de la placenta.

Su tamaño es muy variable. Durante el período secundo de la vida miden de 2.5 a 5 cm. de longitud, de 1.5 a 3 cm. de anchura y de 0.6 a 1.5 cm. de grosor.

Después de la menopausia, se reduce mucho su tamaño, la consistencia es dura y el color blanco rosado.

Por lo general, los ovarios están situados en la parte superior de la cavidad pélvica, en una pequeña depresión de la pared lateral de la pelvis, entre los vasos ilíacos externos y los hipogástricos, que se denomina fosa ovárica de Waldeyer.

La estructura general del ovario son: la corteza y la médula. La corteza que constituye la capa externa, tiene un espesor que varía con la edad, y adelgaza al envejecer. En esta capa están situados los óvulos y los folículos De-Graaf. La corteza del ovario se compone de células fusiformes y fibras de tejido conjuntivo.

Los ovarios están dotados de inervación simpática y parasimpática. Los nervios simpáticos derivan en su mayor parte del plexo ovárico, que acompañan los vasos ováricos de la arteria uterina. El ovario es rico en fibras nerviosas amielínicas.

Estructura microscópica del ovario. Desde las primeras fases de su desarrollo hasta después de la menopausia, el ovario experimenta constantes modificaciones. Se ha calculado el número de óvulos existentes en el momento de nacer y la cifra oscila, entre 200,000 y 400,000. Como de ordinario sólo se expulsa un óvulo en cada ciclo menstrual, es evidente que bastan unos cuantos contenedores de óvulos para los fines de la reproducción. (41)

El ovario está mantenido en su posición por el mesoovario y por los ligamentos lumbo-ováricos, tubo-ováricos y útero-ováricos.

El mesoovario es muy corto, y sólo permite al ovario movimientos de charnela.

El ligamento lumbo-ovárico o ligamento suspensorio del ovario se compone:

- 1º, de fibras conjuntivas y musculares lisas que rodean los vasos útero-ováricos;
- 2º, de un pliegue del peritoneo parietal levantado por estos vasos y por los elementos conjuntivos y musculares lisos que los acompañan.

El ligamento comienza en la vecindad del origen de los vasos útero-ováricos.

Las fibras conjuntivas y musculares lisas que le constituyen aumentan en número de arriba abajo, y terminan en la extremidad superior y en el borde anterior del ovario.

La elevación del pliegue peritoneal aumenta también de arriba abajo. Este pliegue cruza los vasos ilíacos externos y termina en la extremidad superior del ovario.

El ligamento tubo-ovárico es un haz conjuntivo y muscular liso, que une el polo superior del ovario a la superficie exterior del pabellón de la trompa.

El ligamento útero-ovárico es un cordón de fibras musculares lisas, extendido del ángulo del útero a la extremidad inferior del ovario.

(41) PRITCHARD, Jack A. WILKINS OBSTETRICS, p. 11-27.

Sólo el mesoovario y el ligamento lumbo-ovárico sostienen el ovario en su posición normal. Los ligamentos tubo-ováricos y útero-ováricos unen el ovario a órganos que son a su vez móviles. Su existencia tiene solamente por objeto mantener el ovario en la proximidad de los órganos a los cuales estos ligamentos le unen.

Las arterias del ovario proceden de las arterias ovárica y uterina.

La arteria ovárica llega al ovario siguiendo el ligamento lumbo-ovárico. Al alcanzar el ovario de una rama salpingiana o tubaria externa que va a la trompa, esta rama da, de paso, algunos ramos a la extremidad superior del ovario.

La arteria ovárica desciende desde lo largo del hilio del ovario, donde abandona algunas ramas que penetran en él. Cuando llega a la extremidad inferior de este órgano, se anastomosa con la uterina, y de la anastomosis nacen nuevos ramos ováricos.

Las venas forman en el hilio y en el mesoovario un plexo muy desarrollado. Los ramos que parten de él van a las venas ovárica y uterina.

Los linfáticos siguen el trayecto de los vasos ováricos y terminan en los ganglios látero-aórticos.

Los nervios proceden de la parte inferior del plexo solar por el plexo ovárico que acompaña a la arteria ovárica. (42)

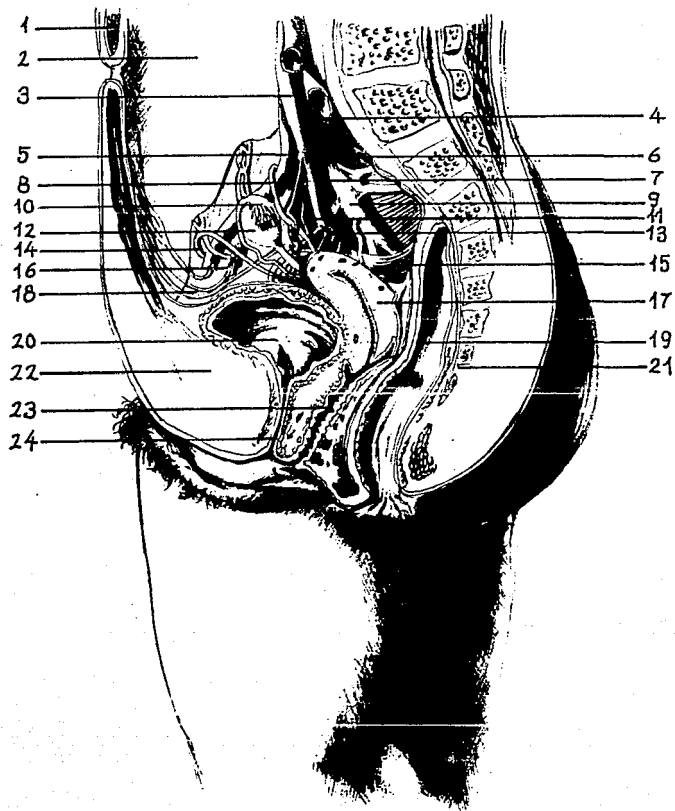


Lámina 3. Región pelviana en la mujer. Corte Sagital.

REGION PELVIANA EN LA MUJER. CORTE SAGITAL.

LAMINA 3.

1. Pared abdominal
2. Peritoneo parietal
3. Arteria iliaca primitiva derecha
4. Arteria iliaca interna
5. Arteria iliaca externa
6. Tronco posterior (glútea superior)
7. Tronco anterior
8. Ureter
9. Vena iliaca interna
10. Trompa de Falopio
11. Arteria uterina
12. Ovario
13. Tronco de la pudenda o glútea inferior
14. Ligamento redondo
15. Músculo elevador del ano
16. Vena iliaca externa
17. Utero
18. Arteria vesicoumbilical
19. Recto
20. Vejiga urinaria
21. Columna sacrococcigea
22. Pubis
23. Vagina
24. Uretra

FUENTE: LOPEZ Antúnez Amendolla, Atlas de Anatomía Humana.

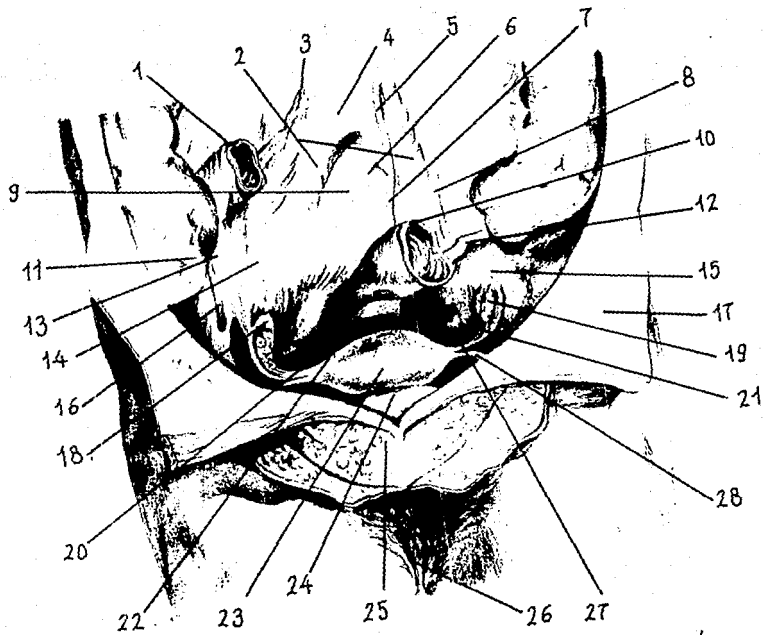


Lámina 4. Pelvis. Vista Frontal. Plano Visceral.

PELVIS VISTA FRONTAL. PLANO VICERAL

LAMINA 4

1. Ileon
2. Arterias iliacas primitivas
3. Raiz del mesenterio
4. Aorta
5. Arteria mesenterica inferior
6. Vena ilaca primitiva izquierda
7. Arteria hemorroidal superior
8. Ureter izquierdo
9. Peritoneo
10. Colon ileopélvico
11. Ciego
12. Mesocolon ileopélvico
13. Mesoapéndice
14. Uréter derecho
15. Ligamento lumboovárico
16. Apéndice ileocecal
17. Peritoneo
18. Pabellón de la trompa
19. Ovario izquierdo
20. Fondo de saco de Douglas
21. Ligamento uteroovárico
22. Recto
23. Utero
24. Vejiga
25. Monte de Venus
26. Grandes labios
27. Trompa de falopio
28. Ligamento redondo

FUENTE: Misma de las laminas 1, 2 y 3.

4. DISPOSITIVO INTRAUTERINO

4.1. CONCEPTO Y CARACTERÍSTICAS

El dispositivo intrauterino (DIU) o dispositivo anticonceptivo es uno de los diversos objetos plástico o metal que se insertan en la cavidad endometrial a través de la cervix, para evitar el embarazo. (43)

Existen más de 65 modelos, todos ellos están contruidos con sustancias plásticas y elásticas, lo que les permite ser fácilmente deformables para facilitar su introducción y recobrar su forma original en el interior de la cavidad (44), se considera un método de anticoncepción temporal, ya que después de retirarlo se recupera la fertilidad de la mujer que lo portaba.

Este método no requiere la acción repetitiva de tomar las tabletas anticonceptivas, su uso no tiene relación con el coito, como los métodos locales y el hecho de ser colocado en la cavidad uterina protege a la usuaria durante todo el tiempo que sea portadora de él. Además, ya que su acción anticonceptiva es local, no tiene los efectos colaterales sistémicos que provocan los métodos hormonales, lo que permite proteger a mujeres mayores de 35 años, sin aumentar el riesgo de enfermedad cardiovascular y el discutido aumento del riesgo de padecer carcinoma cervicouterino. También se debe considerar que su efectividad es muy superior a los métodos locales.(45)

4.2. TIPOS Y ORIGEN

Una publicación de dos páginas en una revista médica alemana en septiembre de 1909, es aceptada actualmente como el informe que describió el dispositivo (DIU) por primera vez en forma práctica. Este artículo, por Richard Richter relataba el uso de un anillo flexible de hilo de seda natural, que colocaba en el útero de las mujeres que acudían a su consultorio en busca de ayuda anticonceptiva. El artículo de Richter pasó desapercibido y su método de anticoncepción no se volvió a considerar seriamente hasta 20 años después.

Indudablemente, el nombre más conocido en la historia del DIU es el de Ernest Gröfenberg, quien en 1929 sostuvo que la única forma de evitar la creciente infección asociada a los pesarios de varilla utilizados entonces, era colocar un dispositivo completamente dentro del útero. Gröfenberg dijo que este método era nuevo pero no mencionó el nombre de Richter. El trabajo de Gröfenberg con un DIU primero hecho con hilo de seda natural y con alambre de plata más tarde, fue presentado a un amplio auditorio médico en 1929 y 1930. Recibió cierto apoyo de algunos ginecólogos, pero por otra parte encontró mucha oposición y, para 1935, el anillo de Gröfenberg estaba muy desacreditado.

(43) BENSON, Ralph. *Manual de Ginecología y Obstetricia*. p. 689

(44) CALATRONI, Carlos J. *Ginecología*. p. 482

(45) ACADEMIA Mexicana de Investigación en Demografía Médica A.C. *Temas de Planificación Familiar. Dispositivo Intrauterino*. p. 25-26.

Entre 1934 y 1959 apareció una sola publicación en inglés sobre el DJU. Sin embargo la inserción de DJUs continuaba efectuándose sin publicidad; Hall en América, Jackson en Inglaterra y Konch en Indonesia insertaban dispositivos de un tipo u otro y Oto en Japón seguía usando una modificación del anillo de Gröfenberg desde 1934.

En 1959 Oppenheimer describió sus 20 años de experiencia con varios DJUs y en el mismo año publicó detalles describiendo el uso del anillo de Oto en más de 20,000 mujeres en Japón. Estos dos trabajos informaban una tasa baja de embarazos y la ausencia de efectos colaterales serios.

En vistas de estas experiencias se tornó evidente la necesidad de reevaluar el DJU y como consecuencia, en 1962 se celebró la primera conferencia internacional sobre DJUs en Nueva York. La consecuencia fundamental de esta conferencia fue el nacimiento, en 1963, del Programa Estadístico Cooperativo para la Evaluación de los Dispositivos Anticonceptivos, iniciativa debida a C. Tietze.

Es así que el punto de vista sobre el DJU ha cambiado durante las últimas cuatro décadas de completa condenación en sus comienzos a la relativa aceptación actual. La aceptación aún no es total y todavía hay argumentos en pro y contra de su uso. (46)

En general, los dispositivos son de dos tipos: 1) Aquellos que parecen químicamente inertes, por estar hechos de un material no absorbible, la mayoría de los cuales son de polietileno impregnado con sulfato de bario para la radiopacidad, y 2) Aquellos en los que existe una evolución más o menos continua a partir del dispositivo de una sustancia químicamente activa como el cobre o un agente progestágeno.

Entre los dispositivos químicamente inertes el más popular parece ser, en sus diversos tamaños, el Lippes Loop. Son usados con profusión aquellos dispositivos cuya superficie está cubierta con cobre metálico. Los dispositivos Cooper T y Cu7 han sido evaluados de manera extensa en Estados Unidos y en otros lugares, y han demostrado poseer notables ventajas. Un dispositivo en T (progestasert) que libera progesterona aproximadamente a un ritmo de 65microgramos/día através de la pared del tallo vertical copolímero de acetato de vinilo se ha popularizado, especialmente en los casos donde el empleo de otro dispositivo produjo una hemorragia o espasmos en exceso. (47)

(46) FEDERACION Internacional de Planificación de la Familia. Manual de Planificación Familiar para Médicos, p. 75-76

(47) PATCHARD Jack A., Williams Obstetricia, p. 795-796

4.3. MECANISMO DE ACCION.

Los mecanismos de acción de los dispositivos químicamente inertes no han sido definidos en forma precisa. La interferencia de la implantación del huevo fertilizado en el endometrio parece ser la acción anticonceptiva más destacable. La interferencia puede ser resultado de la inducción de una respuesta inflamatoria local, inespecífica y de la acción lisosómica sobre el blastocisto y quizá fagocitosis de los espermatoцитos. A favor de este mecanismo de acción se encuentran las observaciones de Buhler y Papiernik (1983), quienes describieron dos embarazos sucesivos en cada una de cuatro mujeres con dispositivos intrauterinos que tomaban de forma crónica antiinflamatorios. En el caso de los dispositivos químicamente inertes la eficacia anticonceptiva suele aumentar con el tamaño y la superficie de contacto con el endometrio.

Algunos metales, como el cobre, intensifican considerablemente el efecto anticonceptivo de los dispositivos inertes. La acción local y no sistémica del cobre debe ser de gran importancia, ya que el cobre metálico colocado en uno de los cuernos uterinos del conejo impide la implantación del blastocisto ahí, pero no en el adyacente. Las experiencias de Lippes y Cols sobre la inserción de un Copper T o un Cu7 hasta siete días después del coito, se observó que prevenía eficazmente el embarazo, apoyan el concepto de que los dispositivos de cobre impiden la implantación del blastocisto. (48)

Más recientemente se ha pregonizado el uso de dispositivos huecos que llevan en su interior un gestágeno que puede atravesar su pared y ser absorbido por el endometrio. Este tipo de dispositivo hormonal induce atrofia glandular en las capas superficiales del endometrio con estasis venosa y reacción decidual en la estroma. En las capas profundas se mantienen las modificaciones normales de los ciclos difásicos, pues la ovulación no es inhibida.

La presencia de enzimas lisosomales, destruyen los espermatozoides, los cuales enteros o fragmentados son fagocitados por los macrófagos. Esto trae como consecuencia que los espermatozoides no lleguen hasta las trompas y no se produzca fecundación del óvulo, además el cobre bloquea los mecanismos de respiración del espermatozoide. (49)

4.4. INDICACIONES.

El DJU puede colocarse en cualquier mujer que desee regular su fecundidad, siempre que no existan contraindicaciones para su uso. Los DJUs de plástico como el Asa de Lippes, pueden ser usados por el tiempo que desee la mujer, en tanto que los DJUs medicados, que liberan cobre o progesterona, se usan por el tiempo que recomiende el fabricante.

(48) CAUTRON, Carlos J. *Ginecología*. p. 483

(49) FEDERACION Internacional de Planificación de la Familia. *Manual de Planificación Familiar para Médicos*.

A continuación se enumeran los casos en que está indicado su uso:

- Mujeres en edad fértil nulíparas o multíparas que desean espaciar sus embarazos.
- Tabaquismo de más de 15 cigarrillos diarios.
- Lactancia.
- Intolerancia al uso de anticonceptivos hormonales.
- Mujeres que no tienen los recursos necesarios para suministro de anticonceptivos.
- Mujeres no constantes en otros tratamientos anticonceptivos.
- Mujeres con algún trastorno mental.

4.5 CONTRAINDICACIONES.

- Enfermedad inflamatoria pélvica.
- Malformaciones congénitas de vagina o útero.
- Sospecha o presencia de cáncer cervicouterino.
- Insuficiencia cardíaca.
- Anemia.
- Antecedentes de embarazo ectópico.
- Dismenorrea incapacitante.
- Hemoglobinopatías, leucemia y alteraciones de la coagulación.
- Sangrado genital no diagnosticado.
- Cervicitis, endometritis y anexitis agudas o crónicas.
- Parto o cesárea con ruptura de membranas de 6 o más horas de evolución.
- Aborto complicado.
- Corioamniotitis.
- Atonía uterina.
- Trabajo de parto prolongado.
- Accidentes quirúrgicos o anestésicos durante la cesárea.
- Infección pélvica. (50)

4.6. EFECTOS ADVERSOS Y/O COMPLICACIONES.

Se han descrito una gran variedad de complicaciones durante el empleo de diversos dispositivos intrauterinos, pero la mayoría de las veces, los efectos colaterales más frecuentes no han sido graves, mientras que los efectos colaterales graves no han tenido gran incidencia. Los efectos adversos más precoces son los asociados con la inserción. Entre éstos figuran la perforación del útero clínicamente aparente o silencioso, tanto al sondear el útero como durante la inserción del dispositivo, y la interrupción de un embarazo no sospechado. La frecuencia de estas

(50) SECRETARÍA de Salud-Dirección General de Planificación Familiar, Contenido sobre métodos anticonceptivos para el curso capacitación en Planificación Familiar, métodos anticonceptivos e inserción de DIU, p. 8-10

complicaciones dependerá de la destreza del operador y de las precauciones tomadas para evitar la interrupción del embarazo. Aunque los dispositivos pueden emigrar de manera espontánea en la pared del útero y a través de ellas en cualquier momento, la mayoría de las perforaciones ocurren, o al menos comienzan, en el momento de la inserción.

Las contracciones uterinas y una cierta hemorragia tienden a desarrollarse poco después de la inserción de un dispositivo intrauterino y a persistir durante variables períodos de tiempo. Cuanto más pequeño es el dispositivo, menor es la tendencia a las contracciones y hemorragia, pero mayor es la tendencia al desarrollo de un embarazo, tanto con el dispositivo en su lugar como después de una expulsión espontánea. Por otra parte, cuanto más grande y más rígido sea el dispositivo, menor será la probabilidad de expulsión y de embarazo, pero mayor la tendencia a padecer molestas contracciones y hemorragia.

La pérdida de sangre de la menstruación con frecuencia se encuentra aumentada por un factor de aproximadamente 2, pero puede ser lo bastante grande como para provocar una grave anemia ferropénica. Por tanto, resulta una medida adecuada la práctica de un examen anual del nivel de hemoglobina o bien, efectuar la lectura del hematocrito de las mujeres con dispositivos intrauterinos, así como en cualquier momento en que se quejen de menstruaciones molestas.

A modo de ayuda para determinar la correcta colocación en la cavidad uterina, la mayoría de dispositivos poseen, unido a ellos un filamento sintético o cola que protruye hacia la parte externa y que se corta de forma que de 2 a 3 cm. sean visibles a través de la vagina. Ha existido temor desde un principio de que la cola pueda actuar como una mecha y promover la invasión de bacterias patógenas en la cavidad uterina.

Las infecciones pélvicas, incluido el aborto séptico han aparecido después del empleo de una gran variedad de dispositivos intrauterinos. Cuando se sospeche de la existencia de una infección, se extirpará el aparato y la mujer se tratará con antibióticos eficaces. Debido al riesgo de salpingitis, peritonitis pélvica y absceso pélvico y como consecuencia esterilidad, el empleo de dispositivos intrauterinos se suele desaconsejar en las mujeres jóvenes nulparas así como en las mujeres con riesgo aumentado de infección de las vísceras pélvicas. (51)

(51) PATCHARD, Jack A., *Williams Obstetrics*, p. 769-797

4.7. TÉCNICAS DE APLICACION.

- La aplicación del DJU puede hacerse durante el sangrado menstrual, en las fases premenstruales, preovulatoria y periovulatoria, es decir durante los primeros 14 días del ciclo.

- Los DJU se presentan en estuches individuales estériles y traen consigo su propio aplicador, que consta de una camisa con un tope cervical y un émbolo, todos en material plástico de diferente consistencia.

- Previa a la aplicación del DJU se debe practicar exploración pélvica para conocer forma, tamaño y posición uterina. Se coloca el espejo vaginal para visualizar el cuello uterino y se limpia éste con un antiséptico.

- Con una pinza de Pozzi se toma el labio cervical anterior, que se fracciona discretamente para colocar el útero en posición intermedia y se practica medición de la cavidad uterina con un histerómetro, lo que permite colocar el tope cervical del aplicador según la histerometría.

- En condiciones estériles, se extrae el DJU de la camisa aproximadamente, 1.5 cm. se toman los extremos de la rama transversal del DJU con el dedo pulgar e índice de una mano y con la otra se sostiene la camisa, se dobla la rama transversal hacia abajo, de forma que permita que sus extremos sean introducidos dentro de la camisa y posteriormente se coloca el émbolo dentro de ésta.

- A través del canal cervical se lleva el aplicador hasta el fondo uterino, lo cual se manifiesta cuando el tope llega a ponerse en contacto con el cérvix. Sosteniendo el émbolo con una mano se fija éste y con la otra se imprime un movimiento descendente a la camisa, lo que permite que el DJU salga del aplicador, a continuación se retira el émbolo, teniendo fija la camisa, la que se extrae después.

- Se retira la pinza de Pozzi y el espejo vaginal.

- En esta forma queda colocado el DJU en la cavidad endometrial. Antes de retirar el espejo se cortan los filamentos a 3 cm. del orificio externo del cérvix. El DJU debe ser aplicado por personal capacitado para lo cual deberá aplicar bajo supervisión un mínimo de 15 DJUs. (52)

(52) ICADEMIA Mexicana de Investigación en Demografía Médica A.C., Temas de Planificación Familiar: Dispositivo Intrauterino p. 35-36

4.8. ORIENTACION A LA USUARIA - CONTROL Y SEGUIMIENTO.

El dispositivo actúa provocando una reacción, local o de cuerpo extraño; la reacción toma algún tiempo en presentarse, por ello se aconseja que el primer mes, si se ha colocado durante la menstruación, la mujer recurra a algún otro procedimiento de apoyo mientras se producen estos cambios de estado, algunas fallas que se han reportado se deben a que no ha tomado esa precaución.

La consulta subsiguiente debe realizarse, la primera entre las 4 y 6 semanas posteriores a la aplicación, la segunda a los 6 meses y posteriormente cada año.

Sin embargo debe consultar al médico en cualquier momento, por cualquiera de las siguientes razones:

- Falta de un período: esto pudiera significar que está embarazada.
- Descarga o flujo de sangre vaginal anormal o inexplicado. Esto pudiera indicar una infección o embarazo ectópico.
- Un período retrasado seguido por flujo de sangre escaso e irregular. Puede indicar embarazo ectópico.
- Dolor en la pelvis o parte baja del abdomen o calambres o fiebre inexplicable. Puede haber presencia de infección o un embarazo ectópico.
- Exposición a alguna enfermedad venérea ya que de no hacerlo pudiera resultar en una seria infección pélvica.
- Úlceras o lesiones genitales o fiebre con descarga vaginal.
- Flujo menstrual severo o prolongado. Si el flujo es más abundante y dura más que el flujo menstrual usual, pudiera necesitar extracción para prevenir anemia.
- Desaparición de la extremidad o de los hilos o dolor durante el sexo, pudiendo indicar que ha sido expulsado o desplazado o puede haber perforación del útero. (53)

4.9. ESTADISTICAS DEL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS.

El Dispositivo Intrauterino ofrece una efectividad de un 98%.

Uso de Métodos anticonceptivos (mujeres unidas de 15-49 años)

Métodos Anticonceptivos	%
No utilizan anticonceptivos	47 %
Esterilización femenina	9 %
Pildora	10 %
DISPOSITIVO INTRAUTERINO	10 %
Métodos tradicionales *	8 %
Otros métodos **	6 %

* Incluye: abstinencia periódica, retiros y otros.

** Incluye: inyecciones, preservativo, esterilización masculina y espermaticidas.

FUENTE: PROGRAMA Mundial de Encuestas Demográficas y de Salud, "Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud" p. 12.

II RESULTADOS.

1. ANALISIS DE CUADROS.

1. En cuanto a los métodos con mayor número de usuarias están la OTB con un 30% del total y los hormonales orales con 26%, en relación con el DJU que tiene un 15% lo que es casi la mitad de los primeros. Aunque éste último es un anticonceptivo eficaz, presenta mínimos efectos colaterales y contraindicaciones y una vez utilizado es menos frecuente la deserción, así como el empleo de éste durante la lactancia materna coadyuvando a ampliar el período intergenésico reduciendo así la morbi-mortalidad materno-infantil y junto a todo esto es reversible, lo que es una ventaja frente a la OTB con la que ya no es posible que vuelva a embarazarse si lo desea. El alto porcentaje de usuarias de la OTB se debe a que no se les proporcionó una buena información sobre metodología anticonceptiva. (ver cuadro 1).

2. Con respecto a escolaridad el 65.6% de las mujeres de la muestra cuentan con primaria completa, incompleta o menos que eso y estos datos hablan de que la preparación con que cuentan es la básica elemental o nula, y por lo tanto tienen total desconocimiento de diversos aspectos como lo es la conformación del cuerpo humano y su funcionamiento, lo cual aplicado al tema a tratar repercute en la elección del método anticonceptivo ya que al desconocer su anatomía y fisiología no es posible que comprendan el sitio de colocación, su mecanismo de acción, forma, tamaño, composición, etc. en el caso del DJU y por lo tanto tengan ideas erróneas sobre estos mismos, tales como: que se coloca en la vagina, que es abortivo, que es muy grande y de forma indefinida, o que en su totalidad es de metal, entre muchas otras. (ver cuadro 2)

3. En cuanto al conocimiento del DJU, un 91.4% del total de la muestra si conocen el anticonceptivo, lo que habla de que recibieron una información completa sobre metodología anticonceptiva para poder tomar una buena decisión, más el contraste es que un 8.6% no recibieron datos sobre el método, lo que es significativo ya al solicitar la usuaria prescripción de un método, se le deben proporcionar datos de todos ellos para que se elija el que proporcione mejores expectativas para ella. (ver cuadro 3)

4. Quien realiza mayor promoción sobre metodología anticonceptiva es el personal de salud, pues en un 71.9% de entre médicos, enfermeras y auxiliares de salud son los agentes por quienes las mujeres han adquirido alguna información sobre el Dispositivo Intrauterino lo que nos indica que son datos más fidedignos que los que pueden proporcionar los familiares o vecinos, los cuales conforman un 15.7%.

Del personal de salud, el 22.3% que corresponde a enfermería y el 13.3% a auxiliar de salud es reducido comparado con el médico, que tienen un 36.3%, porque en las comunidades de los módulos de la Estrategia de Extensión de

Cobertura quienes realizan o deben realizar la promoción a la planificación familiar son las primeras, pero tal vez esto se deba a que las usuarias del DJU no cuentan para sus metas en lo que se refiere al subsistema de planificación familiar. (ver cuadro 4)

5. De acuerdo a las mujeres que sí conocen el DJU, siendo estas un total de 291, de las cuales el 50.3% dicen haberlo conocido por medio de plática, el 20.7% fue por muestra real del método y el 20.4% corresponde a folletos y muestrario, lo que indica que el agente en su mayoría no hizo uso de material para dar a conocer el mismo y por ello no tienen conocimiento real del método. Lo que hace como ya se mencionó que tengan ideas equivocadas sobre el método, pues como se vió en la práctica al mostrarlo tal cual es, las posibilidades de aceptación son mayores ya que eliminan sus dudas y temores. (ver cuadro 5)

6. Entre las principales alteraciones que se cree puede provocar el DJU están: Hemorragias (9,7%), cólicos fuertes (3.6%), dolor pélvico (6.1%), úlcera en útero (1.4%) y rechazo orgánico (0.4%) entre otras, las cuales son consideradas no como alteraciones sino como reacciones secundarias normales dentro de un determinado tiempo. En caso contrario hay respuestas como: encarna en el producto en caso de embarazo (4.6%), provoca tumores (0.4%), al tener relaciones sexuales se pientle (1%), ardor al orinar (0.4%), fiebre (0.7%), dolor de cabeza y diarrea (0.8%) que son ideas totalmente equivocadas, lo que puede ser consecuencia de una mala interpretación por parte de la usuaria a la información recibida, o bien que quien se la haya proporcionado no fuera la persona indicada o no estuviera lo suficientemente capacitada para hablar del tema o despejar dudas sobre el mismo.

También están aquellas que respondieron que no causa alteraciones con un 18.7%. (ver cuadro 6)

7. De acuerdo a las razones por las que se prefiere otro método anticonceptivo, las usuarias de hormonales (38.4%) dicen que no cambiarían su método aunque conocieran el DJU pues se sienten a gusto con el suyo y esto es porque aunque lo conozcan no se sabe hasta dónde y si la información que les dieron fue la adecuada, pues ello pudo influir en su decisión a negarse a usarlo.

Otro detalle importante es el que no conocen el DJU en absoluto el (30.8%) de las usuarias de los métodos en general, lo que confirma la falta de información en calidad y cantidad sobre metodología anticonceptiva.

Otra de las respuestas, el no poder o no desear tener más hijos (40.9%), fue exclusivo de usuarias de OIB y que si decidieron la cirugía fue porque ésta les daría la seguridad de no embarazarse siendo otra de las razones por las que prefieren otro método (35%).

El temor a la alteración inespecífica 33.6% es significativo sobre todo para inyectable, teniendo otra vez la certeza de la falta o deficiencia de información que

tienen las usuarias y que ello provoca el hacer conjeturas sobre lo negativo de tener un cuerpo extraño. (ver cuadro 7)

8. Referente a la religión sobresale de manera importante el hecho de que un 97% de la muestra profese el catolicismo y sólo un 3% pertenezcan a otro tipo de religión ya que contra lo que se piensa, los principios católicos no han sido impedimento o freno para estas mujeres en cuestión de emplear algún método anticonceptivo, más adelante se verá si ésto es aplicado indiscriminadamente o sólo con algunos de ellos. (ver cuadro 8).

9. De entre las usuarias de pastillas, inyecciones y preservativos, a quienes se les preguntó si había algún principio de tipo religioso que impidiera utilizar el DJU, sólo un 10.8% contestó afirmativamente siendo éstas de la religión católica y las cuales utilizan el preservativo, lo que contrasta con el 89.2% de usuarias del mismo método y el 100% de las de inyección y pastillas que contestaron que no, pues se deduce que en estos tiempos se piensa también en el bienestar de la familia, lo que incluye el tener un número reducido de hijos aún recurriendo a algún método no natural pero sin perder sus creencias.

Esto también reduce el panorama en cuanto al porqué no se utiliza el DJU ya que de acuerdo a los datos obtenidos, este aspecto (religión) no juega un papel prioritario en la elección del método. (ver cuadro 9.)

10. En este punto, las respuestas en aquellas que respondieron que sí la había están muy ligadas en uno, a los aspectos religiosos, la cual es usuaria de preservativo con un 2.7% y la otra, con la deficiente información a la comunidad en general, sobre metodología anticonceptiva, pues, aunque es usuaria de inyección (2.3%) en su familia se cree que pueda provocar alguna enfermedad, pero el resto de las encuestadas (97.7%) de inyección, (100%) de pastillas y (97.3%) de preservativo no argumentaron costumbre o creencia familiar alguna como impedimento para utilizar el DJU, por lo que se puede pensar que el motivo es personal y que además las mujeres ya piensan más en la planificación familiar y en su bienestar en contra de lo que la familia piensa o diga, lo que indica una mayor toma de decisiones en cuanto a sus intereses y principalmente referente a la reproducción. (ver cuadro 10)

11. Las razones personales para no usar el DJU que refirieron las usuarias están muy ligadas a las alteraciones y razones por las que prefieren el uso de otros métodos, pues como se dijo en el análisis de estos cuadros se debe principalmente a la falta o reducida información que de él tienen.

Lo mencionado anteriormente se basa en las respuestas obtenidas y de las cuales se mencionan algunas como: temor a embarazarse (11.3%), temor a alguna alteración inespecífica (8.8%), temor a que le encarne (6.2%), miedo a que le lastime (5.7%), temor a que provoque cáncer (4.1%) entre otros.

12. Entre los métodos más utilizados están los hormonales, ya sea orales 38.5% o inyectables 21.1%, aunque algunas encuestadas utilizaron más de un método, aún así optaron por la colocación del DJU.

Aquellas que no utilizaron ninguno 32.7% optaron por la aplicación del DJU pues de acuerdo a la información que recibieron sobre métodos anticonceptivos, decidieron que de acuerdo a sus características era el método más conveniente para sus intereses, permitiéndoles espaciar sus embarazos o evitarlos totalmente pues como ya se dijo tiene ventaja sobre otros métodos en cuanto a indicaciones, contraindicaciones, vía, dosis y efectos secundarios.

13. De acuerdo a las razones por las que fue aceptada la colocación del DJU, están el deseo de espaciar los embarazos, además de que algunas de ellas se encontraban lactando 33.9%, por rechazo orgánico a otro método anticonceptivo y por ser más seguro con 23.7% para cada uno, resaltando el 1.7% que corresponde al no poderse operar.

Todos los puntos anteriores fueron razones de las usuarias para aplicárselo y que en realidad son indicaciones para su uso y que están establecidas en la norma técnica, lo que lo hace ser el método ideal en dichos casos.

14. De las mujeres que usan el DJU el 60% no presentaron ningún problema de salud o reacción secundaria lo que reafirma que es un método anticonceptivo que presenta mínimos efectos colaterales y/o reacciones secundarias, entre las cuales se mencionan algunas como son: dolor pélvico, sangrado intermenstrual, flujo, hiperpolimenorrea, etc. que van del 2 al 10%.

15. En cuanto a orientación antes de la aplicación del DJU dada a las usuarias, en su mayoría al 71.7% se les indicó el momento ideal para su aplicación y con algunas de ellas se fue más específico, pues se les indicó ir los primeros días de la menstruación, lo que pudo facilitar su aplicación y reducir molestias ya que el cuello uterino se encuentra dilatado, además de tener la certeza de que no está embarazada.

Pero por otro lado es preocupante el que un gran número de usuarias (19.6%) careció de información ya que pudo acarrearles diversas molestias y/o accidentes en el momento y antes de la aplicación, siendo perjudicial para su salud.

16. Las indicaciones posteriores a la colocación del DJU fueron enfocadas principalmente a la frecuencia en la revisión del método con un 50% siguiéndole el acudir al médico si se presentase algún problema (19.2%), con la interrogante de si se especificó qué tipo de problema, resultando que aspectos como cuidados e higiene (20.4%) que son de gran importancia no fueron recalcados así como el tiempo en que debiese ser cambiado, lo que puede provocar que si se presenta algún problema con respecto a estos puntos, la usuaria no sepa como actuar y opte por cambiar de método.

17. De entre las usuarias que no conocían el DJU antes de practicarse la OTEB, un 38.5% de ellas sí se lo hubieran colocado, pues ahora saben que es un método eficaz y seguro que al igual que la cirugía permite espaciar los embarazos o evitarlos pero no de manera definitiva, esto indica que la orientación a éstas usuarias en relación a métodos anticonceptivos fue incompleta y que en estos casos es cuestión de conflicto para la mujer que no deseaba operarse pero que no se le presentó la alternativa del DJU y ahora conoce su efectividad.

En relación a aquellas que aún después de haberles hablado de él no lo hubieran usado y que entre sus justificaciones están: el temor a salir embarazada 15.4%, o a que le provoque tumores o alguna otra alteración 7.7%, reafirmando la falta de información de calidad a las usuarias, lo mismo que en aquellas que no han escuchado acerca de este tema aún después de operadas 15.4%, ya que también esto puede hablar de que no se está implementando de manera adecuada ni la norma técnica, ni el derecho constitucional de decidir de manera libre, responsable, e informada el número y espaciamiento de los hijos, ni aquel en que la pareja o usuaria decidirá el método que más convenga a sus intereses y a su salud.

CUADRO NO. 1
METODOS EMPLEADOS POR LAS USUARIAS

METODO EMPLEADO	Fo	%
O. T. B.	90	30,0
PASTILLAS	78	26,0
INYECTABLE	47	15,7
DIU	45	15,0
PRESERVATIVO	40	13,3
TOTAL	300	100,0

FUENTE: Cuestionarios aplicados a las mujeres seleccionadas para la muestra, de los módulos I y II de Atoyac de Alvarez Guerrero durante los meses de Septiembre - Octubre de 1992.

CUADRO NO. 2
NIVEL EDUCACIONAL

NIVEL ESCOLAR	Fo	%
ANALFABETAS	21	7.0
SOLO SABE LEER	1	0.3
SOLO SABE ESCRIBIR	0	0.0
SABE LEER Y ESCRIBIR	5	1.7
PRIMARIA INCOMPLETA	61	20.3
PRIMARIA COMPLETA	109	36.3
SECUNDARIA INCOMPLETA	22	7.3
SECUNDARIA COMPLETA	44	14.7
BACHILLERATO INCOMPLETO	5	1.7
BACHILLERATO COMPLETO	4	1.3
PROFESIONAL INCOMPLETO	2	0.7
PROFESIONAL COMPLETO	6	2.0
OTROS	20	6.7
TOTAL	300	100.0

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO NO. 3**NUMERO DE MUJERES QUE TIENEN ALGUN
CONOCIMIENTO O NO, DEL DIU**

TIENE ALGUN CONOCIMIENTO METODO QUE EMPLEAN	SI		NO		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%
O. T. B.	77	25.7	13	4.3	90	30.0
PASTILLAS	71	23.7	7	2.3	78	26.0
INYECCIONES	44	14.7	3	1.0	47	15.7
DIU	45	15.0	0	0.0	45	15.0
PRESERVATIVO	37	12.3	3	1.0	40	13.3
TOTAL	274	91.4	26	8.6	300	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO NO. 4
AGENTE QUE DIO A CONOCER EL DISPOSITIVO
INTRAUTERINO

TIPO DE AGENTE	Fo	%
MEDICO	109	36.3
ENFERMERA	67	22.3
AUXILIAR DE SALUD	40	13.3
VECINOS	35	11.7
FAMILIARES	12	4.0
PARTERA	6	2.0
PROMOTORA DE SALUD	2	0.7
PROFESOR	2	0.7
TRABAJADORA SOCIAL	1	0.3
NINGUANA	26	8.7
TOTAL	300	100.0

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO NO. 5
MEDIO DEL CUAL SE VALIO EL AGENTE
PARA DAR A CONOCER EL DISPOSITIVO INTRAUTERINO

MEDIO INFORMATIVO	Fo	%
FOLLETOS	35	11.7
MUESTRA REAL DEL METODO	62	20.7
MUESTRARIO	26	8.7
PLATICA	151	50.3
DIAPOSITIVAS	5	1.7
CURSO DE PLANIFICACION FAMILIAR PARA AUXILIARES DE SALUD	1	0.3
LIBRO DE TEXTO	4	1.3
CARTELES	1	0.3
DIBUJO DEL METODO	3	1.0
ROTAFOLIO	2	0.7
RADIO	1	0.3
NINGUNO	9	3.0
TOTAL	300	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO NO. 6

ALTERACIONES QUE SE CREE PUEDEN PROVOCAR
EL DISPOSITIVO INTRAUTERINO

ALTERACION	Fo	%
NO TIENE IDEA	11	3.9
HEMORRAGIA	27	9.7
EMBARAZO	35	12.6
ENCARNA EN LA MATRIZ	25	9.0
DISMINUCION DE PESO	5	2.1
PRODUCE QUISTES	1	0.4
EL DIU SE PARTE EN PEDAZOS	1	0.4
PROVOCA CANCER	17	6.1
INFLAMACION	8	2.9
COLICOS FUERTES	10	3.6
ENCARNA EN EL PRODUCTO EN CASO DE EMBARAZO	12	4.3
TUMORES	1	0.4
SANGRADO INTERMENSTRUAL ABUNDANTE	12	4.3
AUMENTO DE PESO	2	0.7
EXPULSION EXPONTANEA	5	1.8
LASTIMA	7	2.5
DOLOR PELVICO	17	6.1
PRODUCE LAMA VERDE EN LA MATRIZ	1	0.4
AL TENER RELACIONES SEXUALES SE PIERDE	3	1.0
ARDOR AL ORINAR	1	0.4
ULCERA EN UTERO	4	1.4
INFECCION	1	0.4
PERFORA LA MATRIZ	3	1.0
FLUJO Y ALERGIA	3	1.0
AMENORREA	1	0.4
CALAMBRES	1	0.4
DISMINUCION DEL APETITO	1	0.4
RECHAZO ORGANICO	1	0.4
DOLOR EN OVARIOS	2	0.7
PIEBRE	2	0.7
DIARREA	1	0.4
DOLOR DE CABEZA	1	0.4
DISMINUCION DEL APETITO SEXUAL	1	0.4
DISPAREUNIA	2	0.7
NINGUNA	52	18.7
TOTAL	278	100.0

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

Nota: Sólo se toman en cuenta usuarias de pastillas, inyecciones, preservativo y DIU.

CUADRO NO. 7

RAZONES POR LAS QUE PREFIEREN OTRO METODO ANTICONCEPTIVO
Y NO EL DISPOSITIVO INTRAUTERINO

RAZONES POR LAS QUE PREFIERE OTRO METODO	INYECCION		PASTILLAS		PRESERVATIVO		OTB	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
MIEDO A LA ALTERACION INESPECIFICA	10	16.9	5	5.3	4	8.7	3	2.7
EL CONYUGE NO LO PERMITE	3	5.1	2	2.2	2	4.3	2	1.8
SANGRADO INTERMESTRUAL	1	1.7	3	3.2	3	6.5	1	0.9
NO LE GUSTA LA REVISION PERIODICA	3	5.1	5	5.3	3	6.5	3	2.7
EMBARAZO	7	11.8	8	8.5	3	6.5	9	8.2
SE SIENTE A GUSTO CON SU METODO	12	20.3	17	18.1	2	4.3	0	0.0
PRODUCE MOLESTIAS	1	1.7	1	1.1	2	4.3	1	0.9
EXPULSION ESPONTANEA	2	3.4	1	1.1	1	2.2	1	0.9
SE LE MOVO	2	3.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0
MIEDO A QUE SE ENCARNE EN EL UTERO	2	3.4	8	8.5	3	6.5	5	4.5
TEMOR A LA APLICACION	1	1.7	3	3.2	0	0.0	1	0.9
HEMORRAGIA	3	5.1	3	3.2	6	13.0	1	0.9
ENCARNA EN EL PRODUCTO	2	3.4	3	3.2	1	2.2	1	0.9
MIEDO A QUE LE LASTIME	3	5.1	3	3.2	2	4.3	2	1.8
NO LO CONOCE LO SUFICIENTE	1	1.7	5	5.3	0	0.0	5	4.5
NO LO CONOCE EN ABSOLUTO	3	5.1	7	7.4	3	6.5	13	11.8
POR PRESENTAR CONTRAINDICACION	1	1.7	2	2.1	0	0.0	0	0.0
DOLOR TIPO COLICO	1	1.7	2	2.1	0	0.0	0	0.0
RECHAZO ORGANICO	1	1.7	4	4.2	1	2.2	4	3.6
NO LE GUSTA USAR DROGAS NI CUERPOS EXTRANOS	0	0.0	0	0.0	1	2.2	1	0.9
RECHAZO A OTRO METODO ANTICONCEPTIVO	0	0.0	0	0.0	2	4.3	1	0.9
NO DESEA USARLO	0	0.0	0	0.0	1	2.2	0	0.0
TEMOR AL CANCER	0	0.0	2	2.1	4	8.7	1	0.9
EL METODO QUE USA NO CONTRADICE LOS PRINCIPIOS DE SU RELIGION	0	0.0	0	0.0	1	2.2	1	0.9
DISMENORREA	0	0.0	0	0.0	1	2.2	0	0.0
EL DIU SE PARTE EN PEDAZOS	0	0.0	1	1.1	0	0.0	0	0.0
INFLAMACION	0	0.0	1	1.1	0	0.0	1	0.9
PENA A LA APLICACION	0	0.0	2	2.1	0	0.0	4	3.6
AUMENTO DE PESO	0	0.0	1	1.1	0	0.0	0	0.0
EL DIU PERFORA LA MATRIZ	0	0.0	1	1.1	0	0.0	0	0.0
ARDOR AL ORINAR	0	0.0	1	1.1	0	0.0	0	0.0
DISMINUCION DE PESO	0	0.0	2	2.2	0	0.0	0	0.0
PRODUCE LAMA VERDE EN LA MATRIZ	0	0.0	1	1.1	0	0.0	0	0.0
PORTAR YA NO PUEDE O NO QUERIA MAS HIJOS	0	0.0	0	0.0	0	0.0	45	40.9
MAS EFICAZ	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	3.6
TOTAL	59	100.0	94	100.0	46	99.8	110	99.8

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

Nota: Sólo se toman en cuenta usuarias de pastillas, inyecciones, preservativo y OTB.

CUADRO NO. 8

RELIGION QUE PROFESAN LAS USUARIAS

RELIGION	Fo	%
CATOLICA	291	97.0
EVANGELICA	4	1.3
TESTIGOS DE JEOVHA	2	0.7
ATALAYA	1	0.3
NINGUNA	2	0.7
TOTAL	300	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO NO. 9

**IMPEDIMENTOS DE TIPO RELIGIOSO QUE ARGUMENTAN
PARA NO UTILIZAR EL DIU**

METODO QUE UTILIZAN	INYECCION		PASTILLA		PRESERVATIVO	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%
IMPEDIMENTO DE TIPO RELIGIOSO						
LA RELIGION CATOLICA NO APRUEBA OTROS METODOS	0	0	0	0	4	10.8
NINGUNO	44	100	71	100	33	89.2
TOTAL	44	100	71	100	37	100.0

FUENTE:Misma del cuadro No. 1.

CUADRO NO. 10

**TIPO DE COSTUMBRE O CREENCIA EN LA FAMILIA
QUE ARGUMENTAN PARA NO UTILIZAR EL DIU**

METODO QUE UTILIZAN	INYECCION		PASTILLA		PRESERVATIVO	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%
TIPO DE COSTUMBRE O CREENCIA						
PUEDE PRODUCIR ALGUNA ENFERMEDAD	1	2.3	0	0.0	0	0.0
PORQUE LAS CREENCIAS RELIGIOSAS DE LA FAMILIA NO LO PERMITEN	0	0.0	0	0.0	1	2.7
NINGUNO	43	97.7	71	100.0	36	97.3
TOTAL	44	100.0	71	100.0	37	100.0

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO NO. 11
RAZONES PERSONALES POR LAS QUE NO USAN
EL DISPOSITIVO INTRAUTERINO

RAZONES	Fo	%
TEMOR A HEMORRAGIA	7	3.6
TEMOR A FIEBRE	1	0.5
TEMOR A QUE SE MUEVA DE SU LUGAR	1	0.5
TEMOR A EMBARAZARSE	22	11.3
TEMOR A QUE PROVOQUE ABORTO	1	0.5
MIEDO A LA COLOCACION	4	2.1
TEMOR A QUE LE ENCARNE	12	6.2
TEMOR A ALGUNA ALTERACION INESPECIFICA	17	8.8
NO LE TIENE CONFIANZA	8	4.1
EL CONYUGE SE OPONE	7	3.6
SIENTE PENA A LA APLICACION	6	3.1
MIEDO A QUE LE LASTIME	11	5.7
SE SIENTE AGUSTO CON SU METODO	5	2.6
MIEDO A QUE PROVOQUE CANCER	8	4.1
NO LO CONOCE SUFICIENTE	8	4.1
TEMOR A LA EXPULSION EXPONTANEA	4	2.1
SIENTE PENA A REVISIONES PERIODICAS	5	2.6
DOLOR PELVICO	5	2.6
TEMOR A QUE ENCARNE EN EL PRODUCTO	5	2.6
NO LE GUSTA	2	1.0
MOTIVOS DE SALUD	2	1.0
POR SUS CREENCIAS RELIGIOSAS	1	0.5
RECHAZO ORGANICO	1	0.5
TEMOR A SANGRADO INTERMENSTRUAL	5	2.6
DISMENORREA	1	0.5
NO LE DABA HAMBRE CUANDO LO USABA	1	0.5
INFLAMACION PELVICA	2	1.0
AUMENTO DE PESO	1	0.5
DESEA EMBARAZARSE EN ESTE MOMENTO	1	0.5
AMENORREA CUANDO LO USO	1	0.5
POR TENER RELACIONES ESPORADICAS	1	0.5
TEMOR A QUE PERFORE LA MATRIZ	1	0.5
LE PRODUJO ALERGIA Y FLUJO	1	0.5
DISMINUCION DE PESO	1	0.5
TEMOR A QUE LE PROVOQUE LAMA VERDE EN LA MATRIZ	1	0.5
ARDOR AL ORINAR	1	0.5
ULCERA A LA MATRIZ	1	0.5
NINGUNO	32	16.5
TOTAL	194	99.8

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO NO. 12

**TIPO DE METODO QUE UTILIZABAN ANTERIORMENTE LAS
USUARIAS DEL DIU**

TIPO DE METODO EMPLEADO	Fo	%
PASTILLAS	20	38.5
INYECCION	11	21.1
PRESERVATIVO	4	7.7
NINGUNO	17	32.7
TOTAL	52	100.0

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO NO. 13**RAZONES POR LAS QUE LAS USUARIAS DEL DIU
ACEPTARON LA COLOCACION DEL MISMO**

RAZONES	Fo	%
OLVIDABA TOMARSE LAS PASTILLAS	4	6.8
LOS HORMONALES PROVOCABAN ALTERACION EN SU MENSTRUACION	4	6.8
NO DESEA EMBARAZARSE	17	28.8
POR NO PODERSE OPERAR	1	1.7
POR RECHAZO ORGANICO A OTRO METODO ANTICONCEPTIVO	14	23.7
SER UN METODO SEGURO	14	23.7
TEMOR A QUE OTRO METODO LE PROVOQUE ALGUN PROBLEMA DE SALUD	1	1.7
ES UN METODO MAS PRACTICO	1	1.7
PARA PODER LACTAR SIN EMBARAZARSE	3	5.1
TOTAL	59	100.0

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO NO. 14**TIPOS DE PROBLEMAS DE SALUD QUE PRESENTARON
LAS USUARIAS DEL DIU APARTIR DE SU COLOCACION**

PROBLEMAS DE SALUD	Fo	%
NINGUNO	30	60
DOLOR PELVICO	5	10
DISPAREUNIA	2	4
SANGRADO INTERMENSTRUAL	1	2
FLUJO	1	2
DISMENORREA	2	4
INFLAMACION UTERINA	2	4
INFECCION DE LAS VIAS URINARIAS	1	2
HEMORRAGIA	1	2
AUMENTO DE PESO	1	2
HIPERPOLIMENORREA	1	2
INFECCION GENITAL	1	2
DISMINUCION DE PESO	2	4
TOTAL	50	100

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO NO. 15

**ORIENTACION QUE SE LES DIO A LAS USUARIAS
DEL DIU ANTES DE SU COLOCACION**

ORIENTACION DADA ANTES DE LA COLOCACION DEL DIU	Fe	%
IR AL SEGUNDO DIA DE LA REGLA	12	26.1
IR MENSTRUANDO	21	45.6
DESPUES DEL PARTO	3	6.5
BAÑO SIN LAVADO VAGINAL	1	2.2
NINGUNA	9	19.6
TOTAL	46	100.0

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO NO. 16

ORIENTACION QUE SE LES DIO A LAS USUARIAS DEL DIU DESPUES DE LA COLOCACION DEL MISMO

ORIENTACION DADA DESPUES DE LA COLOCACION DEL DIU	Fo	%
REVISION DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD	34	50.0
REALIZARSE PAPANICOLAO	5	6.4
NO HACER ESFUERZOS	7	8.9
ANALGESICO POR RAZON NECESARIA	2	2.6
NINGUNA	2	2.6
IR A CONSULTA SIN PRESENTARSE ALGUN PROBLEMA	15	19.2
INDICACION DE CUANDO TENIA QUE CAMBIARLO	1	1.3
VIGILAR QUE NO FUERA EXPULSADO	3	3.8
QUE LA PRIMERA MENSTRUACION POSTERIOR A LA COLOCACION SERIA ABUNDANTE PERO NORMAL	1	1.3
QUE SE HICIERA LAVADOS	1	1.3
LE RECETARON NAPROXEN (ANTINFLAMATORIO)	2	2.3
TOTAL	78	100.0

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

CUADRO NO. 17

USUARIAS QUE CUENTAN CON OTB Y QUE EN CASO DE HABER CONOCIDO EL DIU LO HUBIESEN USADO O NO ANTES DE LA CIRUGIA Y SUS RAZONES PARA HACERLO

RAZONES POR LAS QUE HUBIESE USADO O NO, EL DIU	SI		NO		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%
TEMOR A SALIR EMBARAZADA	0	0.0	2	15.4	2	15.4
TEMOR A QUE PUEDA PROVOCAR TUMORES	0	0.0	1	7.7	1	7.7
NO SE HUBIERA OPERADO	3	23.1	0	0.0	3	23.1
YA SABE QUE ES UN METODO SEGURO	2	15.4	0	0.0	2	15.4
PORQUE TIENE PROBLEMAS DE SALUD	0	0.0	1	7.7	1	7.7
PARA ESPACIAR LOS EMBARAZOS SIN OPERARSE	1	7.7	0	0.0	1	7.7
TEMOR A ALGUNA ALTERACION	0	0.0	1	7.7	1	7.7
NO LO CONOCE AUN DESPUES DE OPERADA	0	0.0	2	15.4	2	15.4
TOTAL	6	46.2	7	53.8	13	100.0

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

III. CONCLUSIONES

Para presentar las conclusiones se expone a continuación el problema de estudio que dió pie al desarrollo de la investigación:

¿Qué factores condicionan el uso del DJM como método anticonceptivo en las mujeres con vida sexual activa de las comunidades pertenecientes a los módulos I y II de Atoyac de Álvarez, Guerrero?

Al cual secundan el planteamiento de objetivos e hipótesis como pautas a seguir para encontrar respuestas a está interrogante, los cuales son:

Objetivos:

- Indicar aquellos factores que condicionan la aceptación del DJM como método anticonceptivo por las mujeres con vida sexual activa pertenecientes a los módulos I y II de Atoyac de Álvarez, Guerrero.
- Proponer alternativas de solución que permitan establecer líneas de acción de acuerdo a los resultados obtenidos.

Hipótesis:

El nivel educacional, los principios morales y religiosos, el grado de información formal y las creencias y/o referencias que tienen las mujeres con vida sexual activa acerca del DJM condicionan el uso del mismo como método anticonceptivo.

De acuerdo a lo anterior y con base en los resultados obtenidos se llegó a las siguientes conclusiones:

Los métodos anticonceptivos más utilizados son la OTB y los hormonales orales (pastillas), a pesar de que éstos no presentan las ventajas del DJM con respecto a indicaciones, contraindicaciones, reacciones secundarias, vía, dosis, reversibilidad, etc., lo cual se debe a una deficiente información sobre metodología anticonceptiva, que, aunado a que no cuentan con una preparación escolar que les permita tener una visión clara de cómo está conformado el cuerpo humano, pues un gran número de ellas sólo cuentan con primaria completa, incompleta o únicamente saben leer, escribir o ambas y en el peor de los casos son analfabetas, repercute en la comprensión del funcionamiento de los anticonceptivos en el organismo, provocando que se tengan ideas erróneas sobre estos y en especial del DJM, en quienes de alguna manera habían oído hablar de él, pues se encontró que un número menor lo desconocía totalmente como en el caso de algunas usuarias del OTB y que en caso de haberlo conocido lo hubiesen usado.

La deficiente información y las ideas erróneas también son producto del inadecuado o nulo manejo del material didáctico y de apoyo por parte del personal de salud quienes promueven la planificación familiar principalmente, pues sólo se valen de la plática para dar a conocer el DJM, o en algunas ocasiones se apoyan en un muestrario o folleto y esto no permite el conocimiento real del mismo; también es importante recalcar que las enfermeras y auxiliares de salud quienes son las encargadas de la comunidad no dan una promoción adecuada del método pues

éstas usuarias no son contempladas dentro de sus metas en el subsistema de planificación familiar.

Lo anterior es reflejado de la misma manera cuando se cuestionó sobre las razones en la preferencia del uso de otro método, las alteraciones que puede provocar el DJU y las razones personales para no usarlo, pues hubo respuestas como: encarna en el producto en caso de embarazo, provoca tumores, al tener relaciones sexuales se pierde, ardor al orinar, fiebre, temor a embarazarse aún con el método, temor a alguna alteración inespecífica, miedo a que le lastime o le provoque cáncer o no lo conoce en absoluto, razones que también argumentaron algunas usuarias de la OTB para no usarlo aún si lo hubiesen conocido.

En lo que se refiere a la religión, el catolicismo sobresale entre otros y que sus principios no han influido en las mujeres para la utilización de algún método, sólo un número muy pequeño que usa preservativo argumentó sus principios religiosos para no utilizar otro anticonceptivo, esto indica que la religión es importante, pero en este aspecto no es prioritaria.

Fusando al punto de las creencias o costumbres que impiden el uso de DJU son mínimas y relacionadas con aspectos religiosos y la deficiente información, lo que hace pensar que en esta época la planificación familiar ha tomado auge para el mejoramiento de la familia.

En el caso de las mujeres que actualmente usan el DJU, las razones que argumentaron para elegirlo como método de planificación favorecen el supuesto de ser el ideal, pues de entre las respuestas captadas están: el deseo de espaciar los embarazos, poder lactar sin embarazarse, rechazo orgánico a otro método, no poderse operar y ser más eficaz además de que dijeron en su mayoría no haber presentado alguna reacción secundaria y aquellas que lo presentaron, fueron las que se pueden observar normalmente en un periodo determinado.

A estas usuarias, en general se les proporcionó una adecuada orientación acerca de las indicaciones antes y después de la colocación del mismo, lo que permite que se sienta menos incómoda, le tenga confianza y sepa cómo actuar en caso de presentar alguna alteración.

Por lo tanto se concluye que los objetivos fueron alcanzados indicando los factores que influyen en el uso del DJU aunque la hipótesis fue verdadera sólo en el aspecto del nivel educacional y el grado de información formal.

IV. SUGERENCIAS

- 1.- Concientizar al personal de Enfermería y Auxiliares de Salud (A. S.) en la importancia de la promoción de los métodos anticonceptivos en general.
- 2.- Fomentar la utilización del material didáctico disponible y si no se cuenta con él, solicitarlo al personal indicado.
- 3.- Adaptar el lenguaje médico utilizado al del auditorio a quien se dirige la plática o demostración.
- 4.- Sistematizar pláticas que gradualmente proporcionen información que permitan a las personas comprender más fácilmente lo relacionado con planificación familiar, (¿ qué es planificación familiar ? , anatomía y fisiología, tipo de métodos, etc.)
- 5.- Dar pláticas sobre cada método en específico, en lugar de hablar en general.
- 6.- Proporcionar todos los métodos anticonceptivos a las Supervisores de Auxiliares de Salud (S.A.S.) y A.S. para que formen su muestrario real de cada uno de ellos.
- 7.- Cuando se realicen visitas domiciliarias, detectar posibles candidatas y dar promoción.
- 8.- Mostrar el método de forma real y la técnica de aplicación apoyándose en un modelo anatómico e ilustraciones sobre la técnica.
- 9.- Si es posible, mostrar el material que se utiliza durante la colocación del DJU.
- 10.- El personal de Salud se mantenga actualizado e informado adecuadamente sobre todos los aspectos de los métodos anticonceptivos, indicaciones, contraindicaciones, vía, dosis, reacciones secundarias, complicaciones, seguimiento, etc. para dar una orientación lo más adecuada posible.
- 11.- Dar conocimiento y favorecer la captación de usuarias para DJU en lo referente a metas para las A.S.

V. GLOSARIO

ALVEOLO

Celdilla, cavidad. Acido de una glándula. Cualquiera de las celdas de la mucosa gástrica en forma de panal de abeja.

AMENORRREA

Falta o suspensión anormal de las menstruaciones.

ANASTOMOSIS

Comunicación entre dos vasos por conductos colaterales. Abertura creada por medios quirúrgicos, traumáticos o patológicos entre dos espacios u órganos normalmente separados.

ANEXITIS

Inflamación de los anexos uterinos.

ANEXOS

Apéndices o partes unidas o agregadas a otras ejem. del útero, ovarios, trompas de Falopio y ligamentos del útero.

ANTIBIOTICO

Que destruye la vida. Sustancia química producida por el microorganismo que tiene la facultad, en soluciones diluidas, de inhibir el desarrollo o de matar otros microorganismos. Los antibióticos que no son lo suficientemente tóxicos para el huésped se emplean como agentes quimioterápicos en enfermedades infecciosas del hombre, los animales y los vegetales.

ANTICORGULANTE

Sustancia que in vivo, o in vitro inhibe, retarda o anula la coagulación de la sangre.

ANTICONSULSIVO

Agente que impide o alivia las convulsiones.

ANTIHIPERTENSIVO.

Que contrarresta la elevación de Presión Arterial.

ATONIA

Falta de tono o fuerza normales.

BLASTOCISTO

Producto de la concepción de mamífero en la etapa posterior a la mórula, se parece a la blástula por poseer una cavidad llena de líquido y se diferencia de ella por su capa superficial que no es exclusivamente embrioblasto, sino principal o enteramente trofoblasto, por su embrioblasto excéntrico, y por no quedar limitada a una capa germinal.

BLASTOCITO

Célula embrionaria que aún no se ha diferenciado.

CARCINOMA

Neoplasia maligna constituida por células epiteliales, que tiende a infiltrar los tejidos adyacentes y origina metástasis.

CEVICITIS

Inflamación del cuello uterino.

CITOLOGIA

Estudio de las células, su origen, estructura, función y patología.

CLOASMA

Coloración cutánea en placas de contornos irregulares de color amarillo obscuro, gravídico Melasma.

COITO

Ayuntamiento carnal del hombre con la mujer por la vía vaginal natural.

COLAGENA

La sustancia proteínica de las fibras blancas de piel, tendones, huesos, cartilagos y todo el tejido conectivo; compuesto por moléculas de tropocolágena que por ebullición se convierte en gelatina.

COLAGENO

Que forma o produce colágena.

CONVULSION

Contracción o serie de contracciones involuntarias violentas de los músculos voluntarios.

CORIOAMNIOITIS

Inflamación de las membranas fetales.

CRIBIFORME

Que está perforado como una criba o que se parece a ella.

DISMENOORREA

Menstruación dolorosa.

DISPARAEUNIA

Coito difícil o doloroso

ECLAMPSIA

Convulsiones y coma que ocurren en mujeres embarazadas o puérperas, concomitantes con preeclampsia, esto es con hipertensión, edema o proteinuria aisladamente o en combinación.

EMBARAZO ECTOPICO

Desarrollo del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina.

ENDOMETRIO

Mucosa interna que reviste al útero, cuyo grosor y estructura varían con la fase del ciclo menstrual.

ENDOMETRITIS

Inflamación del endometrio.

ERECCION

Acción y efecto de levantar o ponerse rígida una cosa, como el tejido eréctil cuando se satura de sangre.

ERECTIL

Que es capaz de ponerse en erección.

EROGENO

Que provoca sensaciones eróticas.

EROTICO

Pertenciente o relativo al amor sexual o a la sexualidad.

ESCROTO

Bolsa que contiene los testículos y sus órganos accesorios.

ESTERILIDAD

Incapacidad para producir descendientes; incapacidad para concebir o para inducir la concepción.

ESTEROIDE

Nombre de grupo para los lípidos que contiene un sistema de anillo ciclopentanofenentremo hidrogenado. Algunas de las sustancias que se incluyen en este grupo son progesterona, hormona de la corteza suprarrenal, hormonas gonadales, agluconas cardíacas, ácidos biliares, esteroides (como el colesterol).

FERTIL

Fecundo, no estéril, que puede dar origen a un nuevo ser.

FIMBRIECTOMIA

Extirpación del extremo ovárico de la trompa de Falopio.

FOLICULO

Saco de presión o cavidad semejante a una bolsa.

FOLICULO SEBACEO

Folículo piloso provisto de una glándula sebácea, relativamente voluminosa, y que produce pelo relativamente insignificante.

GAMETOGENESIS

Desarrollo de los gametos o células sexuales masculinas y femeninas.

GLANDULA

Término de la nomenclatura anatómica con el que se designan las agregaciones de células especializadas para secretar o excretar materiales no relacionados con sus necesidades metabólicas ordinarias.

GLANDULAS SEBACEAS

Glándulas holocrinas de la piel, que secretan una sustancia aceitosa, el sebo, están situadas en el corión.

GRAVIDICO

Que ocurre durante el embarazo.

HEMATOCRITO

Aparato centrifugador que permite separar los glóbulos y el plasma sanguíneo.

HEMOGLOBINA

Pigmento de los eritrocitos que transporta oxígeno, está formado por eritrocitos en desarrollo de la médula ósea. Es una proteína conjugada que contiene cuatro grupos de hem y globina y que tiene la propiedad de presentar oxigenación reversible.

HEMOGLOBINOPATIA

Trastorno hematológico causado por modificación en la estructura molecular rigida genéticamente de la hemoglobina, que origina un conjunto característico de anomalías clínicas y de laboratorio y a menudo, aunque no siempre, anemia patente.

HERNIA

Protusión de un asa o una parte de un órgano o un tejido a través de un orificio anormal.

HIDRAMNIO

Exceso de líquido amniótico.

HIDROCELE

Acumulación circunscrita de líquido, especialmente en la túnica vaginal del testículo a lo largo del cordón espermático.

HIPERCOLESTEROLEMIA

Exceso de colesterol en la sangre.

HIPERLIPIDEMIA

Nombre general para el aumento de la concentración de cualquiera de los lípidos en el plasma, o de todos ellos, incluye hiperlipoproteinemia, hipercolesterolemia, etc.

HIPNOTICO

Fármaco que induce sueño, relativo al hipnotismo o de sus características.

LAPAROSCOPIA

Examen del interior del abdomen mediante un laparoscopio.

LAPAROTOMIA

Incisión quirúrgica del flanco, usase con menos propiedad, pero más comúnmente, para indicar la sección abdominal en cualquier zona.

LEUCEMIA

Enfermedad maligna progresiva de los órganos formadores de sangre, que se caracteriza por proliferación y desarrollo deformado de leucocitos y sus precursores en la sangre y la médula ósea.

LEUCOCITO

Célula o corpúsculo blanco de la sangre.

MELASMA

Alteración en la que típicamente se producen máculas pardas de uno o varios centímetros de diámetro sobre carrillos, regiones temporales y frente. Suele aparecer durante el embarazo y a veces las máculas se vuelven confluentes lo mismo que durante la menopausia, pero se observa más a menudo en las mujeres que ingieren contraceptivos bucales.

METASTASIS

Transparencia de enfermedad de un órgano o una parte hacia otro sitio no directamente relacionado. Puede ser causada por transferencia de microorganismos patógenos o a transferencias de células, como sucede en los tumores malignos. La capacidad de hacer metástasis es una característica de todos los tumores malignos.

MIOMA

Tumor constituido por elementos musculares.

MIOMATOSIS

Formación de Miomas múltiples

NEOPLASIA

Formación de un neoplasma, es decir, multiplicación progresiva de células bajo condiciones que no producirían, o no interrumpirían, la multiplicación de las células normales.

NEOPLASMA

Cualquier crecimiento nuevo y anormal; específicamente, un nuevo crecimiento tisular incontrolado y progresivo.

NODULO

Nódulo o nudo pequeño. Acumulación relativamente pequeña de tejido.

PANICULO

Capa de membrana.

PANICULO ADIPOSITO

Grasa subcutánea. Capa de grasa ubicada por debajo del corion o dermis.

pH

Símbolo con el que se hace referencia a la concentración de iones de hidrógeno o a la actividad de una solución en comparación con una determinada solución

ordinaria. El pH 7 es neutro; por arriba se incrementa la alcalinidad y por abajo se incrementa la acidez.

PLEXO

Con el cual se designa una redecilla de vasos linfáticos, nervios o venas.

PLEXO VENOSO

Redecilla de venas conectadas entre sí.

POUHDAMNIOS

Hidramnios.

POUMENORREA

Menstruación anormal frecuente.

PREECLAMPSIA

Toxemia del final del embarazo caracterizada por hipertensión, edema y proteinuria. Cuando se presentan convulsiones y coma, recibe el nombre de eclampsia.

PROGESTACIONAL

Término que se aplica a la fase del ciclo menstrual, justamente anterior a la menstruación, durante la cual el cuerpo lúteo es activo y el endometrio es secretor.

PROGESTAGENO

Progestógeno.

PROGESTOGENO

Término general que se aplica a cualquier sustancia que presenta actividad progestacional.

PROTEINURIA

Presencia de exceso de proteínas séricas en la orina.

SEPSIS

Presencia en la sangre, u otros tejidos, de microorganismos patógenos y sus toxinas; trastorno que acompaña a la presencia de éstos.

TEJIDO ADIPOSO

Tejido conjuntivo constituido por células grasas en una redecilla de tejido areolar.

TEJIDO CONJUNTIVO

Tejido que enlaza y es el sostén de las diversas estructuras del cuerpo.

Está constituida por fibroblastos, fibroglia, fibrillas de colágena y fibrillas elásticas. Se deriva del mesodermo y, en sentido amplio, incluye a los tejidos colágeno, elásticos, mucoso, reticular, óseo y cartilaginoso.

TROMBOEMBOLIA

Obstrucción de un vaso sanguíneo con material trombótico transportado por la sangre, desde el sitio de origen, con taponamiento de otro vaso.

TROMBOEMBOLISMO

Tromboembolia.

VARICOCELE

Fijación varicosa de las venas del plexo pampiniforme, que forma una tumefacción percibida como una "bolsa de gusanos", de aspecto azulado, a través de la piel del escroto. Se acompaña de dolor constante del tipo de la tensión por tracción, o sordo, en el escroto.

VASECTOMIA

Extirpación quirúrgica del conducto o vaso deferente, o de una parte del mismo; se efectúa acompañada de prostatectomía o para inducir esterilidad.

VI ANEXOS

1. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS CUESTIONARIO

Objetivo: Identificar factores que condicionan el uso del Dispositivo Intrauterino como método anticonceptivo.

Nombre	Edad
Domicilio	No de hijos
Escolaridad	Religión
Método de Planificación Familiar que utiliza	

Nota: Si la persona utiliza el Dispositivo Intrauterino, pasar a la pregunta 8.
Si es operada, pasar a la pregunta 14.

1.- ¿Usted ha oído hablar del DIU?	SI	NO
------------------------------------	----	----

Nota: En caso de responder SI continuar, si contesta NO pase a la pregunta 4.

2.- ¿Por quién y por qué medio se enteró del DIU?		
3.- ¿Que alteraciones cree usted que provoca el DIU?		
4.- ¿Por que prefiere usar otro método y no el DIU?		
5.- ¿En la religión que profesa existe algún impedimento para el uso del DIU?	¿Cual?	
SI	NO	
6.- ¿Hay alguna costumbre en su familia por la que debiese negarse a usar el DIU?	¿Cual?	
SI	NO	
7.- ¿Hay alguna razón personal para no usar el DIU?	¿Cual?	
SI	NO	

PREGUNTAS ESPECIFICAS PARA USUARIAS DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO

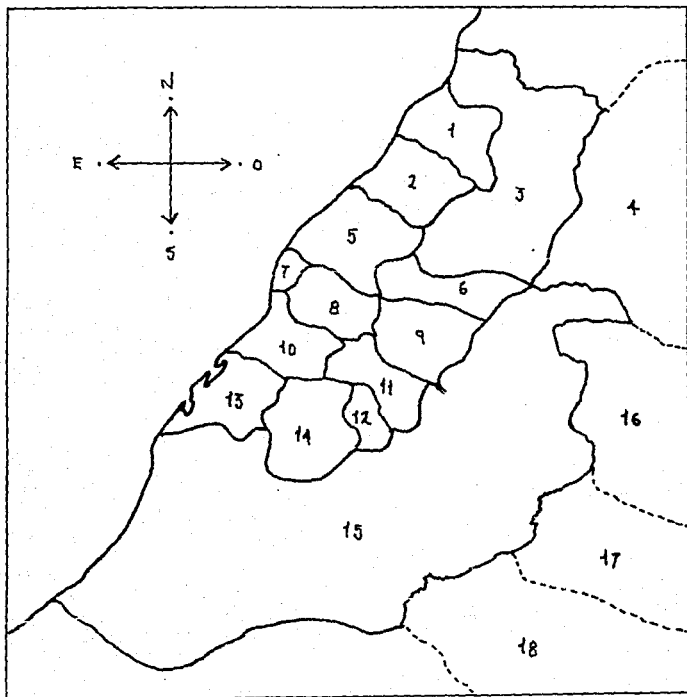
8.- ¿Por quién y por qué medio se enteró del DIU?		
9.- ¿Qué alteraciones cree usted que provoca el DIU?		
10.- ¿Usted utilizaba otro método antes del DIU?	¿Cual?	
SI	NO	
11.- ¿Por qué razón decidió aceptar la colocación del DIU?		
12.- ¿Qué problemas de salud ha tenido apartir de la colocación del DIU?		
13.- ¿Qué orientación le dieron antes y después de la colocación del DIU?		

PREGUNTAS ESPECIFICAS PARA AQUELLAS QUE CUENTAN CON OTB

14.- ¿Qué método anticonceptivo utilizaba antes de la OTB y por qué?
15.- ¿Antes de realizarse la OTB usted había oído hablar del DIU? SI (pasar a la pregunta 16) NO (pasar a la pregunta 18)
16.- ¿Por quién y por qué medio se enteró del DIU?
17.- Si usted ya lo conocía, ¿por qué prefirió la OTB?
18.- Si usted hubiese oído hablar del DIU, ¿lo habría elegido como método anticonceptivo? SI NO ¿Por qué?

REALIZO :	FECHA :
-----------	---------

Jurisdicción 05 Costa Grande en el Estado de Guerrero



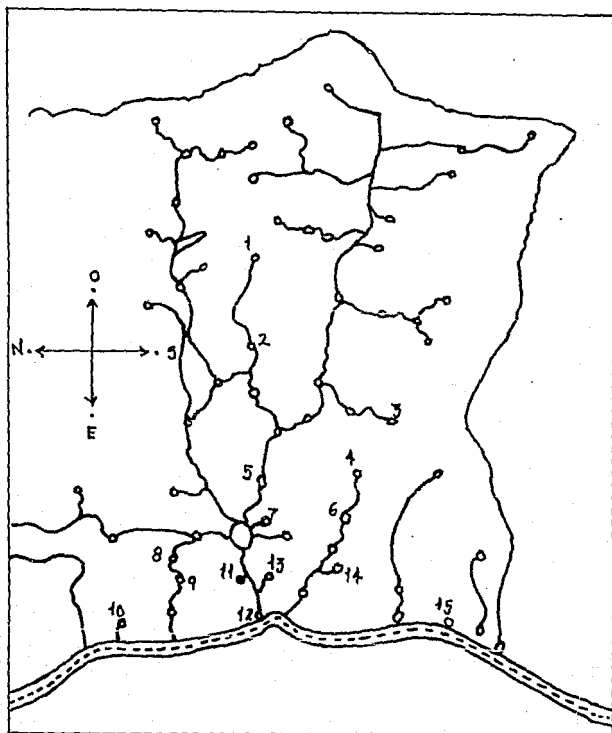
UBICACION DE LA JURISDICCION 05 COSTA GRANDE EN EL ESTADO DE GUERRERO

CROQUIS 1 .

1. ZIHUATANEJO
2. PETATLAN
3. LA UNION
4. ESTADO DE MICHOACAN
5. TECPAN DE GALEANA
6. AJUCHITAN
7. SAN JERONIMO
8. ATOYAC
9. SAN MIGUEL TELOLOAPAN
10. COYUCA
11. TLACOTEPEC
12. CHICHIHUALCO
13. ACAPULCO
14. CHILPANCINGO
15. ESTADO DE GUERRERO
16. ESTADO DE MEXICO
17. ESTADO DE MORELOS
18. ESTADO DE PUEBLA
19. ESTADO DE OAXACA

FUENTE: Plano del Centro de Salud Rural Concentrado de Atoyac de Alvarez, Guerrero.

Municipio de Atoyac de Alvarez, Guerrero
Comunidades pertenecientes a los Módulos I y II



**MUNICIPIO DE ATOYAC DE ALVAREZ, GUERRERO COMUNIDADES
PERTENECIENTES A LOS MODULOS I Y II**

CROQUIS 2 .

1. ACHOTAL
2. CUCUYACHI
3. EL CACAO
4. PLAN DE LOS MOLINOS
5. RINCON DE LAS PAROTAS
6. TRINCHERAS
7. PINDECUA
8. MIRANDO FONSECA
9. BOCA DE ARROYO
10. LA ZUZUCA
11. HUMO
12. "Y"
13. CAVELAR
14. LA VAINILLA
15. COLONIA CUAHUTEMOC

FUENTE: La misma del anterior.

VII. BIBLIOGRAFIA

ACADEMIA Mexicana de Investigación en Demografía Médica A.C.

Temas de Planificación Familiar: DIU.

México, 1981.

68 Pp.

ALEGRIA, Juana Armanda.

Psicología de las Mexicanas.

3a. Edición.

Ed. Diana, México 1979.

187 Pp.

ARANDA, Clara Eugenia.

"La Mujer: Explotación, Lucha, Liberación".

Ed. Nuestro Tiempo, México 1976.

369 Pp.

BENSON, Ralph.

Manual de Ginecología y Obstetricia.

7a. Edición.

Ed. Manual Moderno, México 1985.

744 Pp.

BONIFAZ, de Novelo María Eugenia.

La Mujer Mexicana (Análisis Histórico)

2a. Edición.

Ed. Litoarte, México 1978.

167 Pp.

CALATRONI, Carlos J.

Ginecología.

2a. Edición.

Ed. Interamericana, Buenos Aires 1986.

512 Pp.

DIARIO, Oficial de la Federación.

Norma Técnica No. 22.

México 1986 2a sec.

73-77 Pp.

DORLAN.

Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina.

26a. Edición.

Ed. Interamericana, Madrid 1988.

1711 Pp.

ELU de Leñero, María del Carmen.

¿Hacia dónde va la Mujer Mexicana?

2a. Edición.

Ed. Impresora Galve, México 1973.

219 Pp.

ELU de Leñero, María del Carmen.

La Salud de la Mujer en México, cifras comentadas.

Ed. Impresora Galve, México 1988.

176 Pp.

ESPASA - CALPE.

Diccionario Enciclopédico.

2a. Edición.

Ed. Interamericana, España 1985.

1675 pp.

FEDERACION Internacional de Planificación de la Familia.

Manual de Planificación Familiar para Médicos.

Inglaterra 1974

Editorial R.L. Kleinman

180 Pp.

GASTELUM, G. María de los Angeles.

Agenda de Derechos y Obligaciones de la Mujer.

Ed. CONAPO, México 1987.

301 Pp.

HOEL, Paul Gerhard.

Estadística Elemental.

3a. Edición.

Ed. Continental, México 1979.

388 Pp.

INSTITUTO, Nacional de Estadística, Geografía e Informática.

XI Censo General de Población y Vivienda.1990

900 Pp.

LEYES y Códigos de México.

Ley General de Salud.

5a. Edición.

Ed. Porrúa, México 1989.

1040 Pp.

LOPEZ, Atunez Amendolla.

Atlas de Anatomía Humana.

1a. Edición.

Ed. Interamericana, México 1979.

383 Pp.

MONDRAGON, C. Héctor.

Ginecología Básica Ilustrada.

1a. Edición.

Ed. Trillas, México 1988.

478 Pp.

OCEANO.

Diccionario de Sinónimos y Antónimos.

Ed. Oceano, España 1986.

689 Pp.

OLDS, Salilly B.

Enfermería Materna Infantil.

2a. Edición.

Ed. Interamericana, México 1989.

1283 Pp.

PAZ, Octavio.

El Laberinto de la Soledad.

2a. Edición.

Ed. Fondo de Cultura Económica, México 1959.

191 Pp.

PEREZ, Ramírez Ramón Alberto.

Metodología de la Investigación Científica Aplicada a la Salud Pública.

Ed. Trillas, México 1988.

115 Pp.

POPULATION, Council Finishing Enterprise.

Instructivo para el uso del DIU.

PRITCHARD, Jack A.,

Williams Obstetricia.

3a. Edición.

Ed. Salvat, México 1986.

900 Pp.

ROUVIERE, H.

Anatomía Humana Descriptiva y Topográfica.

2a. Edición, en español.

Ed. Nacional, Tomo II, México 1962.

469 Pp.

SECRETARÍA de Educación Pública.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Ed. Consejo Nacional de Fomento Educativo.

107 Pp.

SECRETARÍA de Salubridad y Asistencia; Et. Al.

Contenido sobre Métodos Anticonceptivos para el Curso de Capacitación y Planificación Familiar, Métodos Anticonceptivos e Inserción del DIU.

SECRETARÍA de Salubridad y Asistencia; Et. Al.

Diagnóstico Sociodemográfico para el Programa Estatal de Planificación Familiar en Guerrero.

México, 1986.
203 Pp.

SECRETARÍA de Salubridad y Asistencia; Et. Al.

Estrategia de Extensión de Cobertura.

19 Pp.

SECRETARÍA de Salubridad y Asistencia.

Ley General de Salud.

Ed. SISTA, México 1992.
107 Pp.

SECRETARÍA de Salubridad y Asistencia; Et. Al.

Normas Técnicas de Planificación Familiar.

México 1985
80 Pp.

SECRETARÍA de Salud; Et. Al.

Programa de Planificación Familiar, Guerrero 1992.

México 1992.
81 Pp.

TAMAYO, Tamayo Mario.

El Proceso de la Investigación Científica.

Ed. Limusa, México 1986.
127 Pp.

TORTORA, J. G.

Principios de Anatomía y Fisiología.

3a. Edición.

Ed. Harla, México 1986.

1034 Pp.