



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

LA RELACION QUE EXISTE ENTRE LA ACEPTACION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS Y LAS CARACTERISTICAS SOCIOCULTURALES Y BIOLOGICAS EN LAS MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA DE LOS MODULOS I Y VII ZITACUARO

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A N
AMADOR AGUILAR ROCIO
RUIZ UBALDO SILVIA



MEXICO, D. F.

1994



Universidad Nacional
Autónoma de México

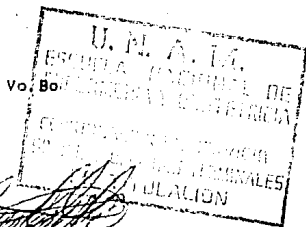


UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

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.



LIC. EZEQUIEL CANELA NUREZ

A mis padres, porque gracias a su apoyo, comprensión y cariño he llegado donde estoy.

A mis compañeros, por todos esos momentos que serán inolvidables.

A todas las personas que de alguna manera, me ayudaron a realizar este trabajo.

ROCIO.

A MI MADRE, porque sin su apoyo, amor y paciencia nunca habria logrado está meta tan importante para mi.

"G R A C I A S M A M A"

A MIS HERMANOS, quienes con su ejemplo han sabido inculcarme el espiritu de lucha, superación constante, humildad y respeto; aspectos relevantes para el desarrollo de mi vida personal y profesional.

A MIS SOBRINOS, por su
carifio y comprensión, lo cual, es
una motivación para seguir
superandome.

A todas y cada una de las
personas que creyeron en mi y me
ayudaron en la realización del
presente trabajo.

SILVIA.

AL LIC. EZEQUIEL CANELA NUNEZ.

**Por su dedicación, asesoría y tiempo
otorgados en la elaboración del
presente trabajo**

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION

JUSTIFICACION

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

OBJETIVOS

HIPOTESIS

VARIABLES

METODOLOGIA

CAPITULO 1. MARCO TEORICO.....	1
1.1 Antecedentes históricos de Zitácuaro.....	2
1.1.1 Situación Geográfica.....	2
1.1.2 Historia de Zitácuaro.....	3
1.1.3 Situación política.....	8
1.1.3.1 Situación política actual.....	8
1.1.3.2 Economía.....	9
1.1.3.3 Sector salud.....	10
1.1.3.4 Morbilidad.....	11
1.1.3.5 Mortalidad.....	11
1.1.4 Costumbres y tradiciones en la atención para la salud.....	12
1.1.5 Composición familiar.....	14
1.1.6 Religión.....	14
1.1.7 Educación.....	16

1.1.8	Ocupación.....	18
1.2	Estrategia de Extensión de Cobertura.....	19
1.2.1	Antecedentes.....	19
1.2.2	Concepto.....	20
1.2.3	Objetivos.....	21
1.2.4	Organización.....	22
1.2.5	Funciones específicas.....	24
1.2.6	Situación actual.....	25
1.3	Factores de salud de las comunidades.....	27
1.3.1	Situación geográfica.....	27
1.3.2	Número de habitantes.....	28
1.3.3	Tipo de vivienda.....	29
1.3.4	Número de integrantes promedio por familia....	29
1.3.5	Flora y fauna.....	29
1.3.6	Alimentación.....	30
1.3.7	Servicios públicos.....	30
1.4	Aparato reproductor femenino y masculino.....	31
1.4.1	Anatomía y Fisiología del aparato reproductor femenino.....	31
1.4.1.1	Ovarios.....	31
1.4.1.2	Trompas de Falopio... ..	32
1.4.1.3	Utero.....	33
1.4.1.4	Vagina.....	35
1.4.1.5	Vulva.....	35
1.4.1.6	Perineo.....	37
1.4.1.7	Mamas.....	37

1.4.2	Ciclo menstrual.....	38
1.4.2.1	Menstruación.....	40
1.4.3	Anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino.....	41
1.4.3.1	Testículos.....	42
1.4.3.2	Epididimo.....	43
1.4.3.3	Conducto deferente.....	44
1.4.3.4	Conducto eyaculador.....	45
1.4.3.5	Uretra.....	45
1.4.3.6	Vesículas seminales.....	45
1.4.3.7	Próstata.....	46
1.4.3.8	Glándulas bulbouretrales de Cowper.....	46
1.4.3.9	Escroto.....	47
1.4.3.10	Pene.....	47
1.4.3.11	Cordones espermáticos.....	48
1.5	Sexualidad Humana.....	49
1.5.1	Concepto.....	49
1.5.2	El sexo y los roles sociales.....	49
1.6	Métodos anticonceptivos utilizados en la Estrategia de Extensión de Cobertura.....	53
1.6.1	Concepto.....	53
1.6.2	Clasificación.....	53
1.6.2.1	Hormonal oral.....	53
1.6.2.2	Hormonal inyectable.....	53
1.6.2.3	Preservativo.....	53
1.6.2.4	Dispositivo intrauterino.....	55

1.6.2.5 Oclusión tubaria bilateral.....	69
1.6.2.6 Vasectomia.....	71
CAPITULO 2. RESULTADOS.....	74
CAPITULO 3. CONCLUSIONES.....	117
CAPITULO 4. ALTERNATIVAS DE SOLUCION.....	125

ANEXOS
GLOSARIO
BIBLIOGRAFIA

TABLA DE CUADROS

CUADRO 1. Edad de las mujeres.....	75
CUADRO 2. Escolaridad.....	77
CUADRO 3. Ocupación de las mujeres.....	80
CUADRO 4. Ocupación del esposo.....	82
CUADRO 5. Edad de inicio de vida sexual activa.....	84
CUADRO 6. Número de hijos.....	86
CUADRO 7. Concepto de los hijos.....	88
CUADRO 8. Causas por las que desean tener hijos.....	90
CUADRO 9. Causas por las que no desean tener hijos...	92
CUADRO 10. Persona que decide el número de hijos.....	94
CUADRO 11. Causas por las que el esposo decide el número de hijos.....	96
CUADRO 12. Causas por las que las mujeres deciden el número de hijos.....	98
CUADRO 13. Causas por las que la pareja decide el número de hijos.....	100
CUADRO 14. Métodos anticonceptivos y complicaciones que le atribuyen.....	102
CUADRO 15. Lugar donde han escuchado información de métodos anticonceptivos.....	106
CUADRO 16. Persona de la que han recibido información de métodos anticonceptivos.....	109
CUADRO 17. Opinión sobre métodos anticonceptivos de acuerdo a la religión.....	111

CUADRO 18. Causas por las que los esposos están de acuerdo con la utilización de métodos anticonceptivos.....	113
CUADRO 19. Causas por las que los esposos no están de acuerdo en la utilización de métodos anticonceptivos.....	115

INTRODUCCION

México, por ser un país donde la mayor parte de su población es infantil y adolescente, y además de poseer un bajo nivel económico, sufre problemas tales como: desnutrición, analfabetismo y bajo nivel escolar, farmacodependencia, desempleo, etc. El estado de Michoacán no escapa a las características antes dichas y mucho menos Zitácuaro que es una localidad del estado mencionado.

Es por todo lo anterior que considerando los problemas prioritarios de la región decidimos en esta ocasión, enfocarnos al problema de la alta tasa de natalidad que existe en Zitácuaro ya que ésta afecta directamente a la población en general.

Uno de los aspectos que consideramos importantes, fue saber porque a pesar de existir un Programa de Planificación Familiar a cargo de la Secretaría de Salud, las madres de familia se niegan a utilizar métodos para el control de la natalidad.

Para conocer los motivos por los que las madres de familia no aceptan la anticoncepción, realizamos la presente investigación donde englobamos temas importantes como:

antecedentes históricos de Zitácuaro, qué es la Estrategia de Extensión de Cobertura, factores de salud de cada comunidad, aparato reproductor femenino y masculino, sexualidad humana y métodos anticonceptivos.

Por otro lado, los resultados encontrados fueron que, la población de las comunidades, no cuenta con una elevada preparación escolar y que, además el analfabetismo no ha dejado de existir, las mujeres se casan muy jóvenes, la mayoría menores de veinte años adquiriendo responsabilidades para las que no están preparadas física y psicológicamente como son: la atención del hogar y los hijos; orillandolas a omitir actividades que se podrían considerar más importantes en esta edad (15-20 años) como es el estudio, y no sólo ellas sino los jóvenes con quienes contraen matrimonio que pasan por situaciones similares.

Esto los limita a desempeñar oficios en los que no pueden aspirar a una superación académica, por ejemplo, la mujer se dedica exclusivamente al hogar y el hombre a labores del campo principalmente y después a empleos como: albañilería, obreros, etc., lo que les hace pensar en familias numerosas, pues los hijos son un apoyo en el trabajo y la economía de la casa; no importando si las necesidades básicas para vivir son satisfechas, incluso la misma mujer no toma en cuenta su estado de salud ni el papel

que le corresponde para la reproducción, ya que generalmente obedece las disposiciones del esposo.

Todas estas causas mencionadas provocan rechazo a la utilización de métodos anticonceptivos y por lo tanto el problema de crecimiento poblacional sigue en descontrol.

Por todo lo anterior, la pasante en servicio social de la Lic. en Enfermería y Obstetricia propone algunas alternativas de solución con la finalidad de disminuir el problema y esperando que el trabajo realizado sea benéfico para la población afectada y de interés para los lectores.

JUSTIFICACION

El estado de Michoacán es una de las regiones de la República Mexicana que presenta una alta tasa de natalidad, lo cual, da como consecuencia un elevado porcentaje de morbilidad y mortalidad materno-infantil.

Debido a ésto, la Secretaría de Salud realiza programas prioritarios encaminados al mejoramiento de la salud, dentro de los cuales se encuentra la Estrategia de Extensión de Cobertura que representa un medio para proporcionar servicios básicos de atención primaria de salud a las comunidades rurales menores de 2,500 habitantes que no cuentan con algún servicio de salud establecido.

Por otro lado, la Universidad Nacional Autónoma de México en coordinación con la Secretaría de Salud participa en la Estrategia de Extensión de Cobertura con pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia quienes contribuyen principalmente en la capacitación de auxiliares de salud y proporcionan servicios de atención primaria a toda la población de las comunidades que tienen a su cargo lo que permite que el pasante detecte las necesidades de salud, haciendo que despierte su inquietud en realizar investigación en situaciones determinadas con el objetivo de encontrar respuestas y alternativas de solución. Es por lo

anterior que esta investigación se enfoca específicamente en la "Aceptación de métodos anticonceptivos" que es fundamental para reducir el índice de morbilidad y mortalidad materno-infantil, la alta tasa de natalidad y el riesgo reproductivo.

Es importante mencionar que el presente trabajo será de gran utilidad para el desarrollo del ejercicio profesional del pasante en servicio social de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, además de ser uno de los requisitos con los que debe cumplir para su titulación.

Esperando que este trabajo sea útil para que la Secretaría de Salud implemente medidas que permitan una mejor aceptación de los métodos anticonceptivos por parte de la población objeto de estudio y para las personas interesadas en el tema.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la relación que existe entre la aceptación de métodos anticonceptivos y las características socioculturales y biológicas en las mujeres con vida sexual activa de los módulos I y VII Zitácuaro ?

OBJETIVOS

Objetivo General

Analizar la relación que existe entre la aceptación de métodos anticonceptivos y las características socioculturales y biológicas de las mujeres con vida sexual activa de los módulos I y VII: Zitácuaro.

Objetivos Específicos

- Detectar el nivel educativo en las mujeres con vida sexual activa de las comunidades.

- Conocer la edad promedio en que las mujeres inician su vida sexual activa.

- Identificar la influencia de los factores socioculturales en la aceptación de métodos anticonceptivos.

- Relacionar la edad de las mujeres con el uso de métodos anticonceptivos.

- Valorar los conocimientos sobre métodos anticonceptivos que tienen las mujeres con vida sexual activa de las comunidades.

HIPOTESIS

La aceptación de métodos anticonceptivos en las mujeres con vida sexual activa en las comunidades de los módulos I y VII Zitácuaro; está relacionada con la edad, el nivel escolar, la influencia sociocultural, los conocimientos sobre el tema y el inicio de vida sexual activa.

VARIABLES

1. Aceptación de métodos anticonceptivos
2. Edad de las mujeres con vida sexual activa
3. Nivel escolar
4. Influencia sociocultural
5. Conocimiento sobre el tema
6. Edad de inicio de vida sexual activa

METODOLOGIA

Universo

Mujeres en edad fértil con vida sexual activa que no utilicen métodos anticonceptivos y que pertenezcan a las comunidades de los módulos I y VII Zitácuaro.

Muestra

Se realizará por muestreo no probabilístico intencional o selectivo, tomando un 10% de la población total.

Criterios de Inclusión

- Mujeres en edad fértil
- Mujeres que tengan vida sexual activa
- Mujeres que no utilicen métodos anticonceptivos
- Mujeres que sean residentes de las comunidades pertenecientes a los módulos I y VII Zitácuaro.

Criterios de Exclusión

- Mujeres que no estén en edad fértil
- Mujeres que no tengan vida sexual activa
- Mujeres que utilicen métodos anticonceptivos
- Mujeres que no sean residentes de las comunidades pertenecientes a los módulos I y VII Zitácuaro

Tipo de Investigación

Descriptiva, ya que ésta comprende la descripción, registro, análisis e interpretación de la situación actual, composición o proceso de los fenómenos.

Estructura del Marco Teórico

Se realizará investigación bibliográfica y los datos que se obtengan se guardarán en fichas bibliográficas y de trabajo.

Verificación de Hipótesis

Se hará investigación de campo, utilizando las técnicas de observación e interrogación y los datos se guardarán en formularios escritos que se elaborarán para tal propósito.

Presentación, Análisis y Descripción de los Datos

Se recurrirá al método estadístico en todas sus fases y pasos de la sistematización.

Elaboración de Conclusiones

Se relacionará la teoría adoptada con los datos obtenidos de la realidad, así como lo planteado en el problema y la hipótesis.

Resultados

Se elaborará un informe escrito que contendrá datos de la planeación de la investigación; de la recolección de datos, de los resultados logrados, de las conclusiones a las que se llegue y una relación bibliográfica que de la teoría que fundamente la investigación.

1. MARCO TEORICO

1.1 ANTECEDENTES HISTORICOS DE ZITACUARO

1.1.1 Situación Geográfica

Al inicio del ángulo oeste del país y en la subregión oriente del estado de Michoacán de Ocampo, se enclava el municipio de Zitácuaro que con sus 949 kilómetros cuadrados de superficie ocupa el 43 lugar entre todos los de la entidad y es, por tanto, uno de los de mediana extensión.

El municipio de Zitácuaro limita al norte con los municipios michoacanos de Ocampo y Tuxpan; al este con el estado de México; al sur con los municipios de Susupuato y Benito Juárez y al oeste con el municipio de Jungapeo, también municipios de Michoacán.

Las coordenadas geográficas de sus puntos extremos son los siguientes:

1. Su punto más septentrional corresponde al cerro de la Peña, con una latitud norte de $19^{\circ} 33' 30''$.

2. La situación oriental se presenta en un punto al sureste del Puerto de Lengua de Vaca, con una longitud oeste de $100^{\circ} 11' 24''$.

3. El punto meridional corresponde al cerro del Aquila, en el extremo sureste del municipio, con una latitud norte de 19° 17' 44".

4. La situación occidental se localiza en el meridiano de las Mesitas, punto más suroeste del municipio, con una longitud oeste de 100° 30' 01".

El municipio de Zitácuaro goza, como Michoacán de Ocampo, de una magnífica posición geográfica, pues está localizado entre el centro y el oeste del país, así como en la porción central y meridional del sistema volcánico transversal.

1.1.2 Historia de Zitácuaro

Entre sus primeros pobladores, se encuentra a los pirindas, a los otomies y a los mazahuas. La llegada de los purhépechas fue posterior y a ellos se debe la fundación de la primitiva localidad de Zitácuaro; lo que aconteció en el año de 1486.

Los purhépechas, procedentes de Patimbaro llegaron a la tierra habitada por la raza mazahua, tributaria de la Eneani, a quien el consejero y principal, de nombre Iringari (el del semblante arrugado) pidió hospitalidad; lo de esta

tierra accedieron y les proporcionaron una fracción de tierra que comprendía una dimensión de lo que permitía sembrar la cantidad de dos y media fanegas de maíz aproximadamente, terreno que se denominó "Zitacua".

El patriarca Iringari, tomó posesión después de la época de las cosechas, con cerca de doscientas familias que cimentó arriba de la escarpa situada frente a la barranca que está a la mano izquierda de Curungueo (al sur de Curungueo), área marginal del valle de Quencio.

El municipio de Zitácuaro formó parte del ex distrito del mismo nombre, el cual alcanzó una superficie de 3,630 kilómetros cuadrados, por lo que la dimensión del territorio municipal de Zitácuaro correspondió casi a la séptima parte del mencionado ex distrito. Además de Zitácuaro, los municipios que lo componían fueron: Anganguero, Jungapeo, Susupuato, Tuxpan, Tuzantla, Ocampo y Benito Juárez.

Zitácuaro fue el gran gigante de la insurgencia, también fue testigo, autor y gran baluarte frente a la invasión francesa y belga; pues mientras cundía el desaliento entre los seguidores de la República de Don Benito Juárez; en Zitácuaro el entusiasmo patrio no decaía ni un sólo momento.

Dio honor a Zitácuaro la lucha de su Cacique Cuanicuti: que heroicamente defendió el territorio que comprendía su dominio en contra de los españoles comandados por Alonso de Peñaranda y Bracamonte. Este histórico enfrentamiento concluyó cuando Cuanicuti, acompañado por los conquistadores, hizo volar la boca de la mina en donde de antemano había ocultado tesoros y riquezas que el cacicazgo tuviera, pereciendo todos ellos en el sitio de la explosión.

No menos honra obtuvo la villa durante la independencia con uno de sus grandes hijos: Don Benedicto López, quien desde que supo del levantamiento de Hidalgo, se dió a la tarea de reunir gente e iniciar la lucha en la porción oriente de Michoacán, junto con los hermanos Rayón.

Honor y gloria adquirió Zitácuaro con la defensa que los insurgentes zitacuarenses hicieron contra un gran número de sitiadores superiores en número y armamento; ante el ataque encarnizado que siempre caracterizó a las huestes de Calleja. Este hecho se inició el 2 de enero de 1812, y concluyó con el incendio de la Villa de Zitácuaro, realizado de acuerdo con el bando condenatorio del 5 de enero del mismo año, por ser la villa donde por tres veces se hizo resistencia a las armas del Rey de España. El altar donde prevaleció por primera vez la soberanía nacional se convirtió así en ruinas y cenizas.

Un honor más para Zitácuaro fue a la instalación en su seno de la Suprema Junta Nacional Americana, el 19 de agosto de 1811 integrada por cinco miembros, entre ellos Don Ignacio López Rayón, Don José Ma. Liceaga y Don José Sixto Verduzco, la que se propuso dar unidad a la causa revolucionaria insurgente, cuestionar el gobierno virreinal y fortalecer la línea ideológica de la insurgencia.

Gran honor adquiere Zitácuaro al ser testigo y actor ante la invasión francesa y belga, en defensa de la República y siguiendo la línea juarista. En esta época Don Vicente Riva Palacio y Don Nicolás Romero hacen de Zitácuaro su centro de operaciones, la cual responde a sus instancias y se entrega sin reserva a la defensa de la causa libertaria. La acción heroica del 5 de julio de 1864 contra las huestes imperialistas comandadas por Leonardo Márquez; honra a estos hombres y a los zitacuarenses que dieron lustre y gloria a su patria chica.

No menos y significativa honra adquiere la heroica localidad que con más firmeza se opuso al centralismo de Santa Anna, pues al saber éste que en la villa se encontraba el grupo más fuerte de sus opositores resuelve personalmente reducirla en el mes de mayo de 1855; más como su intento resulta estéril, y en un afán de venganza decide atacar a Zitácuaro, que estaba defendido por García y Urquiza,

quienes para evitar que la población padeciera ordenan su evacuación, Santa Anna al saberla en defensa, después de saquearla, le manda prender fuego por los cuatro costados, hecho que sostiene y fomenta, con criminal saña el 10. de junio de 1855. Se pretendió así castigar a la villa heroica que no tenía otra falta que la de amar la causa de la libertad.

Se acrecienta el honor el 27 de abril de 1865, cuando un grupo de mujeres convocada por Méndez a una junta para designar a las familias que deberían ser socorridas con la suma de 3,000 pesos que había enviado la Emperatriz Carlota, como una muestra pública de sus sentimientos generosos, la sra. Francisca Carrillo vda. de Izazaga rechaza la caridad diciendo: "mucho agradezco a esa sra. su noble dádiva, más no puedo ni debo aceptarla, por que cuando usted, sr. Méndez, o los belgas y cuervos incendiaron nuestra ciudad y nuestros hogares, acogimos el hecho como un sacrificio a nuestra patria. Todas las familias que conozco se componen de personas dignas y no sería yo quien les hiciera la ofensa de creer que aceptaría esa limosna". El incendio, el tercero que padeció Zitácuaro, lo realizó la facción belga del cuerpo que había sido derrotado en Tacámbaro, quien conociendo la noticia de la derrota de sus compañeros, lo llevaron a cabo y lo avivaron en las casas que permanecían ilesas. Así mismo amontonaron en la plaza los efectos que

sacaron de la tiendas, los que emplearon para vigorizar el incendio. Después de este infame hecho el destacamento se retiró a Morelia. (1)

1.1.3 Situación Política

1.1.3.1 Situación Política Actual. En el distrito de Zitácuaro (VIII) se encuentran registrados ocho partidos políticos que son los siguientes:

- Partido Revolucionario Institucional (PRI).
- Partido Acción Nacional (PAN).
- Partido de la Revolución Democrática (PRD).
- Partido Auténtico de la Revolución Mexicana (PARM).
- Partido Demócrata Mexicano (PDM).
- Partido del Frente Cardenista de Reconstrucción Nacional (PFCRN).
- Partido Popular Socialista (PPS).
- Partido Verde Ecologista de México (PVEM).

Según las últimas elecciones para elegir presidente Municipal que fuerón en el año de 1991 se tiene el siguiente porcentaje de votación:

- El PRI 53%
- El PRD 29%
- El PAN 4.5%
- Y otros 13.5%

Cabe hacer mención que, el número de personas que pueden votar son aproximadamente 42,000; de éstas 12,000 se abstuvieron lo que representa un 28.5% y 30,000 si votaron lo que equivale al 71.5%.

1.1.3.2 Economía. La economía de la ciudad de Zitácuaro se basa principalmente en el comercio y un porcentaje muy bajo en la ganadería, agricultura y la industria maderera.

En lo que se refiere al comercio podemos mencionar las variaciones económicas que han ocurrido a través de los años a partir de 1988, así tenemos que:

De 1988 a 1989 el incremento fue de 1.34

De 1989 a 1990 de 1.22

De 1990 a 1991 de 1.27

De 1991 a 1992 de 1.17

De 1992 a 1993 de 1.17

De acuerdo a lo anterior podemos decir que el incremento de 1988 a 1993 fue de 2.91. Este incremento se maneja de la siguiente manera; si un producto en 1980 costaba \$100,000 en 1993 costó \$291,000.

1.1.3.3 El Sector Salud. En lo que se refiere al sector salud, es importante conocer el número de población que recibe atención médica por parte de las diferentes instituciones que operan en el municipio de Zitácuaro; así tenemos la siguiente información:

Población total	400,619
Población atendida por el IMSS	35,207
Población atendida por el ISSSTE	19,697
Población atendida por la Secretaría de Salud	165,682
Población atendida por el IMSS Solidaridad	107,308
Población atendida por la medicina privada	24,926
Población abierta no cubierta	47,7972

2. Datos proporcionados por los Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado de Michoacán.

Otros datos relevantes de mencionar son: las principales causas de morbilidad y mortalidad que se presentan en el municipio.

1.1.3.4 Morbilidad en 1992.

C A U S A S	T O T A L
1. Infecciones respiratorias agudas	17,347
2. Otras infecciones intestinales y las mal definidas.	6,231
3. Amibiasis	2,802
4. Angina estreptococcica	1,569
5. Ascariasis	1,391
6. Otras micosis	853
7. Dermatofitosis y dermatomicosis	593
8. Sarna	564
9. Oxiuriasis	378
10. Candidiasis urogenital	239

1.1.3.5 Mortalidad en 1992

C A U S A S	T O T A L
1. Morbilidad y mortalidad perinatales	259
2. Neumonía	286
3. Tumores malignos	190
4. Cirrosis hepática	167

5. Enfermedades isquémicas del corazón	125
6. Homicidios y lesiones provocadas intencionalmente e intervenciones legales	116
7. Enteritis y otras enfermedades diarreicas	92
8. Accidentes de vehiculos de motor	84
9. Diabetes mellitus	82
10. Enfermedades cerebrovasculares	58(3)

1.1.4 Costumbres y Tradiciones en la Atención para la Salud

Desde hace mucho tiempo se ha utilizado la medicina natural en nuestro país, hecho que ha causado gran trascendencia ya que, hasta la fecha todavía hay un encumbrado número de población que la utiliza, en este caso nos enfocaremos específicamente a la ciudad de Zitácuaro localizada al oriente del estado de Michoacán en donde la gente sigue la costumbre de atenderse con medicina tradicional y sólo en algunas ocasiones (cuando el padecimiento es más complicado) deciden acudir con la Auxiliar de Salud o bien directamente con algún profesional del área médica.

3. Datos proporcionados por la Jurisdicción Sanitaria No. 3
Zitácuaro.

Cuando una mujer se encuentra en su periodo de gestación son pocas las veces que acude a recibir atención prenatal pues muchas de ellas lo consideran innecesario, sobre todo cuando aparentemente se sienten bien de salud; cabe hacer mención que no todas estas mujeres se muestran apáticas al recibir atención, ya que algunas están concientes y se preocupan de su estado y de lo importante que es la vigilancia médica en este periodo.

Cuando el momento del parto llega generalmente es atendido por la partera de la comunidad o en otros de los casos por familiares como la madre o suegra. Se atiende en la casa ya sea de la partera o de la parturienta. Algunas parteras dan algún té para acelerar el trabajo del parto o bien aplican algún medicamento oitótico; esto último lo realizan las parteras que han recibido algún curso por parte de una institución de salud. La mayoría de las madres no se bañan inmediatamente después del parto sino de tres a ocho días después o en ocasiones en más tiempo y guardan reposo en cama siendo a veces hasta de cuarenta días.

El producto sólo se limpia con trapos o lienzos, se le amarra el cordón umbilical con un trozo de tela y es abrigado; a él se le baña generalmente al tercer día y es amamantado inmediatamente por la madre.

En lo que a anticoncepción se refiere, las mujeres de las comunidades se muestran un tanto renuentes a los diferentes métodos que proporcionan las instituciones de salud. Una gran mayoría y, sobre todo en comunidades lejanas y dispersas prefieren controlarse con métodos tales como coito interrumpido, ritmo y por medio de la ingestión de tés (que son recomendados principalmente por suegras o madres); ya que el esposo, la suegra y/o la religión no les permite recurrir a cualquier otro método argumentando que es un "pecado".

1.1.5 Composición Familia.

Es importante mencionar que según el censo de población del INEGI (1990) existen en Zitácuaro 110,279 habitantes. Por otro lado hay aproximadamente 15,000 familias, lo cual nos indica que el número de integrantes promedio por familia es de siete.

1.1.6 Religión

La concepción religiosa de nuestros antepasados era primitiva. Practicaban el animismo, esto es, se imaginaban que las cualidades de las cosas eran como una sustancia o alma misteriosa que se cambiaba a muchos y variados objetos y a las personas, sobre todo de las que se morían y habían

sido buenas.

Entre los zitacuarenses prehispánicos, encontramos en efecto, la creencia de que los astros, la lluvia, el viento, los temblores, etc. tenían individualidad, es decir poseían alma. Para ellos en los fenómenos de la naturaleza existían fuerzas sobrenaturales (mito natural), que a veces hacían bien y en ocasiones perjudicaban a los seres humanos, a las plantas y a los animales.

La hechicería, el fetichismo, el totemismo y otras derivaciones del animismo, eran prácticas que llenaban la vida diaria de dichos pobladores, lo cual les servía de consuelo espiritual y mental y otras veces, les provocaban pánico y angustia, según se presentaban dichos fenómenos.

La conquista espiritual, basada en la educación religiosa católica, fue iniciada por los frailes franciscanos. (4)

Actualmente la mayor parte de la población de Zitácuaro pertenece a la religión católica y una minoría a otras religiones como la evangélica.

4. Teja Andrade Jesús. Zitácuaro. págs. 40 y 45

1.1.7 Educación

La educación mexicana tiene, entre otras las siguientes características: favorece el mejoramiento cultural, social y económico de la población; atiende a la comprensión de los problemas nacionales, impidiendo toda forma de colonialismo económico y cultural; es respetuosa de la dignidad humana; tiene por mira el interés de la sociedad; rechaza todo tipo de discriminación; promueve el desarrollo integral del ser humano; es obligatoria (la educación primaria) para que llegue, en lo posible, a todos, cualquiera que sea su situación económica.

Es de imperiosa necesidad que la educación, cuando menos la primaria, llegue a todos los mexicanos. Todos sabemos que miles de niños, adolescentes y jóvenes no logran inscribirse en los planteles, y muchos de los que son aceptados, desertan en los primeros años de estudio a causa de la pobreza y las desigualdades sociales. En las calles, parques y jardines abundan muchachos sin oficio ni beneficio; en los talleres, en las parcelas, en los mercados y en los centros dedicados a producir artesanías encontramos a numerosos menores que no asisten a las escuelas: muchos de ellos son iletrados, sin experiencia y capacidad para la vida social.

En un país de analfabetas no es posible un progreso completo y justo. Millares de individuos no saben ni siquiera escribir su nombre. Muchos adultos, cuando el caso lo requiere "firman" con su huella digital.

El municipio de Zitácuaro confronta los problemas comunes del estado y del país: falta de aulas y maestros en relación con la población en edad escolar, así como la demanda de servicios educativos general. Existen algunas escuelas instaladas en casas particulares adaptadas para tal fin con estos inconvenientes y necesidades: mala iluminación, carencia de servicios sanitarios, mobiliario impropio, falta de jardines y material escolar, etc. pero también se cuenta con edificios adecuados, funcionales y modernos. (5)

El nivel educativo de la población ha venido observando algunos avances debido a que se han abierto escuelas importantes como son el CONALEP, el CET, el CBTIS y algunas preparatorias o bachilleratos; además de la inauguración del Tecnológico Profesional en el área de sistemas de computación e ingeniería mecánica industrial; así mismo, se abrió la Escuela de Capacitación Técnica

(ICATMI) que atiende alumnos mayores de edad (adultos). Todas estas escuelas han hecho que el nivel educativo de la población sea cada vez más alto.

Por lo que se refiere a las instalaciones educativas, el avance ha sido bastante satisfactorio ya que con los programas de "Solidaridad" y el de "Escuela Digna" se han construido y rehabilitado muchas aulas y planteles educativos dentro y fuera de la ciudad.

1.1.8 Ocupación

En las comunidades aledañas a la ciudad de Zitácuaro la ganadería y la agricultura son las principales actividades a las que se dedican sus habitantes; siguiendo en orden de importancia el comercio y la industria maderera.

1.2 ESTRATEGIA DE EXTENSION DE COBERTURA

1.2.1 Antecedentes.

La Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC) tiene antecedentes en los trabajos que la Secretaría de Salud ha desarrollado desde 1943, y en la recomendación de la "Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud de Alma Ata", URSS, en 1978. (6)

La EEC es la continuación del Programa de Salud Rural (PSR) que se constituyó en 1973 como resultado de la modificación del Programa de Extensión de Cobertura (PEC) y del Programa Comunitario Rural (PCR) que fueron desarrollados en 1977. Cabe señalar que el PEC no contaba dentro de sus servicios a la planificación familiar y el PCR, por el contrario, únicamente incluía este tipo de atención. Ambos programas estaban destinados desde entonces, a ampliar la cobertura de los servicios de salud en el área rural, pero se ha demostrado por experiencias mundiales y nacionales que la planificación familiar no es aceptada en el medio rural si no va de la mano fundamentalmente de los servicios básicos de salud; por esta razón se decidió

6. Secretaría de Salud. Estrategia de Extensión de Cobertura, pág. 11.

unificar el PEC y el PCR en un sólo programa. (7)

Con base en el modelo de atención a la salud de población abierta en noviembre de 1985, la Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Planificación Familiar (DGPF), emprende un plan de trabajo para impulsar la EEC, como una opción para la mayor apertura de servicios en el área rural. (8)

En México el 28.7% de la población se considera como población rural dispersa. Es decir, que habita en comunidades menores de 2,500 habitantes, diseminadas en áreas geográficas de difícil acceso. (9)

1.2.2 Concepto

La Estrategia de Extensión de Cobertura es un conjunto de servicios básicos de atención primaria a la salud, prestados a través de una auxiliar de salud

7. Secretaría de Salud. Sistema de Información de la Estrategia de Extensión de Cobertura. pag. 1.

8. Secretaría de Salud. DGPF. Manual de Normas y Procedimientos Operativos para el Programa de Planificación Familiar. pag. 11.

9. Secretaría de Salud. Op. Cit. págs. 7

voluntaria, en comunidades rurales dispersas, menores de 2,500 habitantes que no cuentan con unidades médicas. (10)

1.2.3 Objetivos

Generales: Mejorar el nivel de salud de la población, tratando una mayor cobertura; con servicios de calidad básica y fortaleciendo las acciones que ayuden a los grupos desfavorecidos.

Disminuir la mortalidad de los grupos más afectados en este caso correspondería al binomio madre-hijo.

Específicos: Ampliar la cobertura de los servicios de salud como son planificación familiar, atención prenatal, parto, puerperio y atención infantil.

Lograr la participación activa y organizada de la comunidad en el cuidado de la salud, mediante la promoción y operación del programa.

Favorecer un crecimiento armónico de la población mediante el incremento de las actividades de planificación familiar.

Alcanzar un medio ambiente favorable así como de nivel de vida a los grupos desprotegidos (madre-hijo).

Que la población rural que se detecte como de alto riesgo sea favorecida con los servicios de salud existentes.

(11)

1.2.4 Organización

Las comunidades rurales de la EEC están agrupadas en módulos y éstos a su vez, en jurisdicciones sanitarias. Cada módulo es responsabilidad de una supervisora de auxiliares de salud, quien coordina, asesora y supervisa las actividades que realizan las auxiliares de salud de las comunidades a su cargo. Así mismo, las supervisoras de auxiliares de salud dependen de un coordinador médico jurisdiccional, cuyo jefe inmediato es el jefe de la jurisdicción sanitaria. Cada coordinador médico tiene a su cargo cuatro supervisoras y cada supervisora tiene bajo su dirección a diez comunidades, en promedio. (12)

-
11. Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado de Michoacán. Jurisdicción Sanitaria No. 3. Programa de Estrategia de Extensión de Cobertura. pág. 1.
 12. Secretaría de Salud. Op.Cit. pág. 1.

La Estrategia de Extensión de Cobertura se apoya en la infraestructura institucional de la Secretaría de Salud en las Áreas central, estatal y jurisdiccional:

En el área central, la DGPF cumple funciones de normatividad, programación, evaluación, supervisión, capacitación, promoción e investigación de la EEC.

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 EEC, apoyadas 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 EEC 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 EEC considera los niveles modular y comunitario:

Cada módulo se integra en promedio por diez comunidades rurales dispensas, 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 EEC representan la base de la estructura operativa, en ellas las 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. (13)

1.2.5 Funciones Específicas

Los servicios básicos de atención primaria a la salud que se proporcionan en la EEC a través de la auxiliar de salud, se clasifican en cuatro grandes áreas:

- Planificación Familiar
- Atención en el embarazo, parto y puerperio
- Atención al menor de cinco 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 contrareferencia 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. (14)

1.2.4 Situación Actual

Durante el periodo enero-septiembre 1991 había cerca de 13,000 comunidades rurales incluidas en la Estrategia de

Extensión de Cobertura de la Secretaría de Salud. En estas comunidades se proporcionaron 5'599,097 atenciones básicas de los programas prioritarios; para usuarios de planificación familiar fue 23.1%; para atención materna 4.5%; para atención infantil 23% y el resto para otros servicios de atención primaria a la población en general. De estos últimos servicios 2'764,002, más de la mitad fue para personas mayores de veinte años, 30% para la población de cinco a diecinueve años y el 16% restante para niños menores de cinco años. En promedio, se proporcionaron cuarenta y ocho atenciones al mes en cada comunidad, lo cual indica que en este período la productividad mensual de cada comunidad fue inferior en cuatro puntos, a la obtenida durante 1990. Esto fue resultado de que únicamente en los programas de atención materna e infantil, se mantuvo igual el número de atenciones otorgadas al mes en cada comunidad, en los otros programas básicos de salud, la productividad disminuyó. Así mismo, el número de niños en control y el número de usuarios activos en el Programa de Planificación Familiar, descendió en 5.9 y 9.2% respectivamente en comparación con el logro obtenido en diciembre de 1990. (15)

1.3 FACTORES DE SALUD DE LAS COMUNIDADES

Debido a que las características de las comunidades de los módulos I y VII Zitácuaro son similares, se hablará de ellas en general con excepción de la situación geográfica y el número de habitantes.

1.3.1 Situación Geográfica

Las comunidades estudiadas se localizan en los siguientes municipios.

Zitácuaro:	Kilómetro 11	Silva de Abajo
	Seis Palos	El Aguacate
	La Palma	Curungueo
	Rincón de Curungueo	Macutzio
	Valle Verde	La Joya
	Barandillas	Casémbaro
	Linda Vista	Carpinteros
Ocampo:	El Paso	
	San Cristóbal	
Angangueo:	Rondanilla	
	Colonia Independencia	

1.3.2 Número de Habitantes

COMUNIDAD	No. DE HABITANTES
Kilómetro 11	242
Silva de Abajo	257
Seis Palos	249
El Aguacate	232
La Palsa	1119
Curungueo	1735
Rincón de Curungueo	1023
El Paso	630
Rondanilla	346
Colonia Independencia	1062
San Cristóbal	597
Macutzio	736
Valle Verde	334
La Joya	2150
Barandillas	334
Camébaro	395
Linda Vista	228
Carpinteros	538 (16)

1.3.3 Tipo de Vivienda

En las comunidades, las viviendas son construidas principalmente de materiales como: madera, adobe, lámina y teja.

Por otro lado, carecen de ventilación e iluminación; ya que la mayoría tienen pocas ventanas o éstas son pequeñas.

Estas casas cuentan fundamentalmente con recanara, cocina y son escasas las que tienen baño.

1.3.4 Número de integrantes promedio por familia

El número de integrantes promedio por familia se estima entre siete y ocho personas.

1.3.5 Flora y Fauna

La fauna que predomina en las comunidades es la siguiente: perros, gatos, roedores, aves de corral, ganado porcino, vacuno y bovino.

Y en lo que se refiere a la flora, abundan las

plantas silvestres, arboles frutales (principalmente granada, durazno, capulín y guayaba) y verduras como: calabaza, jitonate, aguacate, haba, elote, chayote, etc.

1.3.6 Alimentación

La alimentación básica en las comunidades consiste en el consumo diario de maíz (tortilla), frijol, chile, café y té.

Pocas familias consumen frutas y verduras de temporada.

1.3.7 Servicios Públicos

Todas las comunidades cuentan con agua entubada, luz eléctrica y transporte; el servicio de drenaje, pavimentación y telefónico son escasos.

N O T A : Datos obtenidos por las Supervisoras de Auxiliares de Salud de los módulos I y II.

1.4 APARATO REPRODUCTOR FEMENINO Y MASCULINO

1.4.1 Anatomía y Fisiología del Aparato Reproductor Femenino

Los órganos reproductores de la mujer están divididos en:

1. Órganos sexuales primarios: los dos ovarios.
2. Órganos sexuales secundarios: dos trompas de Falopio, un útero, una vagina, una vulva y dos mamas o glándulas mamarias.

A continuación se describirá cada uno de ellos.

1.4.1.1 Ovarios (gónadas femeninas). Las gónadas femeninas son homólogas (es decir equivalentes) a los testículos del varón. Se trata de glándulas nodulares que después de la pubertad, presentan una superficie irregular con hoyuelos, guardan semejanza a almendras voluminosas en dimensiones y forma, y están situados uno a cada lado del útero, por debajo y por detrás de las trompas de Falopio. Cada ovario pesa aproximadamente 3 gramos y se dispone entre los pliegues del ligamento ancho y está unido a la superficie posterior del mismo por el mesovario.

Funciones: los ovarios tiene dos funciones que son,

ovulación y secreción. Los óvulos se desarrollan y maduran en los ovarios y son expulsados de los mismos hacia la cavidad pélvica entre los pliegues del ligamento ancho. Los ovarios también secretan las hormonas femeninas; a saber: estrógenos (principalmente estradiol y estrona) y progesterona.

1.4.1.2 Trompas de Falopio y Oviductos. Son dos tubas uterinas que miden aproximadamente 10 cm. de longitud y desembocan en los ángulos superoexternos del útero, cursan entre las hojas del ligamento ancho, se extienden hacia arriba y afuera en dirección de los lados de la pelvis, después describen una curva hacia abajo y atrás.

Estructura: las trompas están compuestas por las mismas capas que el útero (mucosa, músculo liso y serosa). Cada trompa uterina está compuesta por tres divisiones:

1. Tercial medial que se extiende desde el ángulo superoexterno del útero denominado istmo.
2. Parte intermedia dilatada que se denomina ampolla y que sigue un camino tortuoso sobre el ovario.
3. Componente terminal en embudo que se denomina infundíbulo y que se abre directamente en la cavidad peritoneal. Su borde exterior se parece a un fleco por su contorno irregular. Las proyecciones a manera de fleco se

denominan fimbrias.

Función: las trompas de Falopio actúan a manera de conductos para el óvulo, aunque en realidad no están conectados con los ovarios, órganos que producen los óvulos.

En estado normal la fecundación, o unión de un espermatozoo con el óvulo, ocurre en la trompa.

1.4.1.3 Utero. El útero virgen es piriforme y mide aproximadamente 7.5 cm. de longitud, 5 cm. de ancho en su porción mayor y 3 cm. de grueso. Consiste en dos partes; a saber: porción superior, el cuerpo, y porción superior más angosta, el cuello.

La pared del útero consiste en tres capas; endometrio, miometrio y peritoneo parietal.

Localización: se localiza en la cavidad pélvica, entre la vejiga urinaria por delante y el recto por detrás. La posición del útero se altera a causa de factores como la edad, el embarazo y la distensión de las vísceras pélvicas relacionadas, como la vejiga.

Entre el nacimiento y la pubertad el útero desciende gradualmente desde la parte más baja del abdomen hacia la pelvis verdadera. Durante la menopausia el útero empieza un proceso de involución del que resulta la disminución de su tamaño, lo mismo que su ubicación en la profundidad de la pelvis.

Posición: en estado normal, el útero presenta flexión entre el cuerpo y el cuello; el cuerpo se sitúa sobre la superficie superior de la vejiga y está orientado hacia adelante y algo hacia arriba. El cuello uterino está orientado hacia abajo y atrás a partir del punto de flexión, y se une a la vagina en el ángulo recto aproximadamente.

Funciones: el útero o matriz ayuda a lograr las tres funciones vitales de la supervivencia humana, pero no de la supervivencia del individuo: menstruación, gestación y parto.

1. Menstruación: es el esfacelo o desprendimiento de las capas compactas y esponjosas del endometrio, acompañado de hemorragia por los vasos desgarrados.

2. En la gestación el embrión se implanta en el endometrio y en este sitio vive durante todo el periodo fetal.

3. El parto consiste en las contracciones potentes y rítmicas de la pared uterina muscular que producen expulsión o nacimiento del feto.

1.4.1.4 Vagina. Está situada entre el recto por atrás y la uretra y la vejiga por delante. Tiene dirección hacia arriba y atrás desde el orificio externo en el vestíbulo entre los labios menores de la vulva hasta el cuello uterino.

Estructura: la vagina es un túbulo susceptible de colapsarse y dilatarse; está formada principalmente por músculo liso y revestido de mucosa dispuesta en arrugas.

Funciones: la vagina es parte indispensable del aparato reproductor por lo siguiente:

1. Es el órgano que recibe el semen que deposita el varón.

2. Es la porción inferior del conducto del parto.

3. Actúa como conducto de excreción para las secreciones uterinas y el flujo menstrual.

1.4.1.5 Vulva. Los órganos genitales externos de la mujer, o vulva son: monte de Venus, labios mayores, labios menores, clitoris, meato urinario, orificio vaginal y glándulas de Bartholin.

1. El monte de venus es un pelotón adiposo cubierto de piel situado sobre la sínfisis del pubis: en la pubertad aparecen pelos gruesos que persisten toda la vida.

2. Los labios mayores presentan superficie externa de piel pigmentada y con pelos, y superficie interna lisa y lampiña. Consiste principalmente en grasa y abundantes glándulas.

3. Los labios menores están situados dentro de los labios mayores y cubiertos de piel modificada. Los dos labios se acercan hacia adelante en la línea media; la zona circunscrita por los labios menores es el vestíbulo.

4. El clitoris es un pequeño órgano que consiste en tejido eréctil, situado inmediatamente por detrás de la unión de los labios menores y homólogo de los cuerpos cavernosos y el glande del pene. El clitoris está cubierto por un repliegue cutáneo de prepucio, al igual que el glande en el varón.

5. El meato urinario es el pequeño orificio de la uretra, situado entre el clitoris y el orificio vaginal.

6. El orificio vaginal es una abertura que, en la virgen suele tener dimensiones apenas mayores que las del meato urinario a causa del borde constrictor formado por el himen. En la mujer casada el orificio vaginal es bastante mayor que el meato urinario, y está situado hacia atrás del mismo.

7. Las glándulas de Bartholin o glándulas vestibulares mayores son dos formaciones que podrían compararse a una habichuela, situadas a cada lado del orificio vaginal. Cada glándula tiene un conducto largo que desemboca en el espacio situado entre el himen y el labio menor. Estas glándulas tienen importancia clínica por que a menudo experimentan infección (bartholinitis o absceso de Bartholin), sobre todo por gonococo. Son homólogas de las glándulas bulbouretrales del varón y secretan líquido que tiene el propósito de lubricar. Desembocan en el vestibulo cerca del meato urinario por los pequeños conductos, un grupo de glándulas mucosas diminutas, las glándulas de Skene o vestibulares menores; tienen interés clínico, porque los gonococos que las atacan son difíciles de eliminar.

1.4.1.6 Perineo. Es la región muscular revestida de piel entre el orificio vaginal y el ano. Esta zona tiene gran importancia clínica por el peligro de que se desgarre durante el parto.

1.4.1.7 Mamas. Están situadas sobre los músculos pectorales y unidas a ellos por una capa de tejido conectivo (fascia). El desarrollo de estos órganos durante la pubertad es regulado por los estrógenos y la progesterona, las dos hormonas ováricas. El volumen de las mamas no guarda ninguna relación con su capacidad funcional.

Estructura: cada mama consiste en varios lóbulos separados por tabiques de tejido conectivo; cada lóbulo está formado por varios lobulillos, los cuales, a su vez, consisten en células de tejido conectivo que rodean a las células secretorias (alveolos) de la glándula, dispuestas a manera de racimos de uvas alrededor de conductos diminutos.

Los pezones están rodeados de una zona pigmentada circular, la aréola; presenta muchas glándulas sebáceas que se advierten en forma de pequeños nódulos debajo de la piel.

Función: la función de la glándula mamaria es la lactación; esto es, secretar leche para alimentar al neonato. (17)

1.4.2 Ciclo Menstrual

Consiste en una serie de cambios en el endometrio de la mujer no embarazada. Este último se prepara cada mes para la recepción del huevo fecundado, mismo que se transforma en embrión y luego en feto, los cuales permanecen normalmente en el útero hasta que tiene lugar el parto. En caso de que

17. Catherine Parker Anthony. Anatomía y Fisiología. págs. 621-629.

no se efectúa la fecundación, se desprende la capa funcional del endometrio. El ciclo ovárico es un conjunto de fenómenos que tienen lugar mes tras mes y guardan relación con la maduración de un óvulo.

Los ciclos menstrual y ovárico, y otros cambios que se inician con la pubertad en la mujer, están sujetos a la acción de factores de regulación hipotalámicos, a saber, el factor de liberación de hormona foliculoestimulante (FSH) y el factor de liberación de hormona luteinizante (LH). El primero de ellos desencadena la liberación de FSH por parte del lóbulo anterior de la hipófisis, y esta hormona da origen al desarrollo inicial de los folículos ováricos y la secreción de estrógeno por los mismos. El factor de liberación de LH, por su parte, inicia la secreción de esta hormona adenohipofisaria, la cual estimula también el desarrollo de los folículos ováricos, la ovulación, y la producción de estrógenos y progesterona por parte de las células ováricas. Las hormonas sexuales femeninas (estrógenos y progesterona) ejercen diversos efectos en el organismo. Los estrógenos son las hormonas del crecimiento y cumplen tres funciones principales. La primera es el desarrollo y la conservación de las estructuras reproductoras femeninas, en particular el recubrimiento endometrial del útero, las características sexuales secundarias y las mamas. Las características sexuales

secundarias incluyen la distribución de grasa en las mamas, el abdomen, el monte pubiano y las caderas; el tono agudo de voz; el aumento en la anchura de la pelvis y el patrón de distribución del vello. En segundo término, regulan el equilibrio líquido y electrolítico, y en tercero, incrementan el anabolismo de proteínas. En este último aspecto, los estrógenos comparten funciones con la hormona del crecimiento. La concentración sanguínea elevada de estrógenos inhibe la secreción del factor de liberación de FSH por el hipotálamo, con lo cual a su vez disminuye la secreción de FSH por la hipófisis. En este mecanismo de inhibición representa el fundamento de los que forman un tipo de píldoras anticonceptivas. La progesterona, que es la hormona de la maduración, participa con los estrógenos en la preparación del endometrio para la implantación y de las glándulas mamarias, para la secreción de leche.

La duración normal del ciclo menstrual varia entre veinticuatro y treinta y cinco días, y en este análisis aceptaremos un promedio de veintiocho días. Los fenómenos que tienen lugar durante la menstruación pueden dividirse en tres fases: menstrual, preovulatoria y posovulatoria.

1.4.2.1 Menstruación: La menstruación consiste en la expulsión periódica de sangre y líquido tisular, moco y células epiteliales, que ocurre en promedio, durante los

primeros cinco días del ciclo. La expulsión del material predominantemente sanguíneo guarda relación con cambios endometriales que comprenden degeneración de la capa funcional y aparición de pequeñas zonas hemorrágicas.

El flujo menstrual pasa desde la cavidad uterina al cuello y la vagina, y finalmente al exterior, por lo general cesa alrededor del quinto día del ciclo en el cual se ha desprendido totalmente la capa funcional y el endometrio es muy delgado, ya que sólo permanece la capa basal.

Durante la menstruación también tiene lugar el ciclo ovárico y se inicia el desarrollo de los folículos ováricos primarios. En el momento del nacimiento de la mujer, cada ovario posee unos 200,000 folículos, y cada uno de ellos es un futuro óvulo rodeado por una capa de células. (18)

1.4.3 Anatomía y Fisiología del Aparato Reproductor Masculino

Las funciones del sistema reproductor difieren notablemente de las de cualquier otro sistema corporal. Su

18. Tortora Geard J. Principios de Anatomía y Fisiología
págs. 923 y 924.

funcionamiento adecuado, el de sus mecanismos de control enormemente complejos garantizan la supervivencia, no de el individuo sino de la especie. En el varón está constituido por los órganos cuyas funciones son producir, transferir e introducir finalmente espermatozoides maduros en las vías reproductivas femeninas, en las que puede producirse la fecundación. Además, los testículos secretan andrógenos u hormonas sexuales masculinas, principalmente testosterona.

Los órganos del sistema reproductivo del varón pueden clasificarse como órganos esenciales para la producción de gametos (células sexuales) y órganos accesorios que desempeñan cierto tipo de función de sostén en el proceso de la reproducción.

1.4.3.1 Testículos. Son glándulas ovoides pequeñas un poco aplanadas de lado a lado, que miden aproximadamente de cuatro a cinco cm. de longitud y pesan de diez a quince gramos cada uno. El testículo izquierdo está ubicado por lo general un centímetro más abajo en el saco escrotal que el derecho. Ambos están suspendidos por su inserción al tejido escrotal y a los cordones espermáticos. Cada testículo está cubierto por una cápsula fibrosa blanca denominada túnica albugínea, que a continuación entra en la glándula y envía divisiones que, mediante radiación por todo su interior, se

dividen en docientos o más lóbulos en forma de cono.

Cada lóbulo testicular contiene de uno a tres pequeños túbulos seminíferos enrollados y numerosas células intersticiales (células de Leydig). Si se desenrolla, cada túbulo seminífero mide aproximadamente setenta y cinco centímetros de longitud. Los túbulos de cada lóbulo se unen para formar un plexo denominado red testicular. La red testicular es drenada por una serie de conductos denominados conductillos deferentes, que perforan la túnica albugínea y se unen en la cabeza del epidídimo.

Funciones: los testículos tienen dos funciones principales que son: espermatogénesis y secreción de hormonas.

1. Espermatogénesis. Esto es, la producción de espermatozoides los gametos o células reproductoras masculinas que se producen en túbulos seminíferos.

2. Secreción de hormonas, principalmente testosterona (hormona andrógena o virilizante) por las células intersticiales de Leydig.

1.4.3.2 Epidídimo. Cada epidídimo consiste en un túbulo intimamente enrollado rodeado de una cubierta fibrosa; el túbulo tiene calibre muy pequeño, pero mide aproximadamente

dividen en docientos o más lóbulos en forma de cono.

Cada lóbulo testicular contiene de uno a tres pequeños túbulos seminíferos enrollados y numerosas células intersticiales (células de Leydig). Si se desenrolla, cada túbulo seminífero mide aproximadamente setenta y cinco centímetros de longitud. Los túbulos de cada lóbulo se unen para formar un plexo denominado red testicular. La red testicular es drenada por una serie de conductos denominados conductillos deferentes, que perforan la túnica albugínea y entran en la cabeza del epidídimo.

Funciones: los testículos tienen dos funciones principales que son: espermatogénesis y secreción de hormonas.

1. **Espermatogénesis.** Esto es, la producción de espermatozoides los gametos o células reproductoras masculinas que se producen en túbulos seminales.

2. **Secreción de hormonas,** principalmente testosterona (hormona andrógena o virilizante) por las células intersticiales de Leydig.

1.4.7.2 **Epidídimo.** Cada epidídimo consiste en un túbulo intimamente enrollado rodeado de una cubierta fibrosa; el túbulo tiene calibre muy pequeño, pero mide aproximadamente

seis metros de longitud.

Funciones: el epidídimo tiene las siguientes funciones:

1. Es uno de los conductos por los cuales los espermatozoos pasan del testículo al exterior.

2. Almacena pequeño volumen de espermatozoos antes de la eyaculación.

3. Secreta pequeño volumen de líquido seminal (semen).

1.4.3.3 Conducto deferente. Al igual que el epidídimo, es un tubo, en realidad, pudiera considerarse prolongación del epidídimo; pasa por el conducto inguinal, donde está incluido en un cilindro fibroso, el cordón espermático, a la cavidad abdominal; después se extiende sobre la parte superior y desciende por la superficie posterior de la vejiga, donde se une al conducto de la vesícula seminal para formar el conducto eyaculador.

Función: el conducto deferente es uno de los conductos excretorios del testículo que comunica al epidídimo con el conducto eyaculador.

1.4.3.4 Conducto eyaculador. Los dos conductos eyaculadores son túbulos de corta longitud que atraviesan la próstata y terminan en la uretra; se forman por la unión de los conductos deferentes con los conductos de las vesículas seminales. (19)

1.4.3.5 Uretra. En el varón, la uretra pasa por la próstata, el diafragma urogenital y el pene; mide unos veinte centímetros de longitud, y se subdividen en tres partes. La porción prostática (uretra prostática) tiene de dos a tres centímetros de longitud, pasa por la próstata y se continúa en sentido inferior como porción membranosa al atravesar el diafragma urogenital, tabique muscular que se extiende entre las dos ramas isquiopubianas. La porción membranosa (uretra membranosa), de un centímetro de longitud se continúa como una porción esponjosa (uretra esponjosa) una vez que atraviesa el diafragma urogenital y penetra en el cuerpo esponjoso del pene, para terminar en el orificio uretral externo (meato). (20)

1.4.3.6 Vesículas seminales. Son sacos contorneados situados a lo largo de la porción inferior de la cara posterior de la vejiga, directamente por delante del recto.

19. Catherine. Op. Cit. págs. 607-613

20. Tortora. Op. Cit. pág. 910

Función: las vesículas seminales secretan un líquido viscoso componente del semen, rico en fructosa. Como azúcar simple la fructosa es la fuente de energía para la motilidad de los espermatozoides después de la eyaculación. La secreción amarillenta densa contiene también prostaglandinas. La actividad secretoria normal de las vesículas seminales depende de las concentraciones adecuadas de testosterona.

1.4.3.7 Próstata. Es una glándula tubulovascular compuesta, situada inmediatamente por debajo de la vejiga y cuya forma pudiera compararse a una castaña. El hecho de que la uretra atraviese por un pequeño orificio en el centro de la próstata tiene gran importancia clínica. Muchos varones de edad avanzada sufren aumento de volumen de la próstata oprimiendo la uretra y a menudo la cierra de manera tan completa que la micción se torna imposible.

Función: la próstata secreta una sustancia alcalina y acuosa que forma la mayor parte del líquido seminal. Su alcalinidad ayuda a proteger a los espermatozoos del medio ácido de la uretra masculina y la vagina femenina, y de esta manera aumenta la motilidad de los espermatozoos.

1.4.3.8 Glándulas bulbouretrales de Cowper. Son órganos pares, guardan semejanza a guisantes en tamaño y forma.

Estas glándulas tubuloalveolares están situadas debajo de la próstata; un conducto de 2.5 cm. de longitud, aproximadamente, las comunica con la porción membranosa de la uretra.

Función: al igual que la próstata, las glándulas bulbouretrales secretan líquido alcalino importante para contrarrestar la acidez que hay en la uretra del varón y en la vagina de la mujer.

1.4.3.9 Escroto. Es un saco cubierto de piel que cuelga de la región perineal. En el interior, está dividido en dos partes por un tabique; en cada compartimiento hay testículo, epidídimo y la porción inferior del cordón espermático.

1.4.3.10 Pene. Está formado por tres masas cilíndricas de tejido eréctil o cavernoso, incluidas en revestimientos fibrosos individuales y que se mantienen unidas por el revestimiento de piel. Los dos cilindros de mayor calibre y superiores se llaman cuerpos cavernosos del pene, y el menor e inferior, por el que pasa la uretra, se llama cuerpo esponjoso.

El extremo distal del pene tiene una estructura algo abultada, el glande, cubierta por un pliegue doble de piel que forma una envoltura más o menos laxa; que puede

retraerse, llamada prepucio. Si el prepucio queda demasiado ajustado alrededor del glande, suele practicarse circuncisión para impedir la irritación. El orificio de la uretra en la punta del pene se llama meato urinario externo.

Función: el pene incluye la uretra, conducto terminal de los aparatos urinario y reproductor, y es el órgano de la cópula por virtud del cual los espermatozoon son introducidos en la vagina. Escroto y pene forman los genitales externos del varón.

1.4.3.11 Cordones espermáticos. Son cilindros de tejido fibroso blanco situados en los conductos inguinales que van del escroto a la cavidad abdominal. Incluyen conductos deferentes, vasos sanguíneos, linfáticos y nerviosos. (21)

21. Catherine. Op Cit, págs. 614-616

1.5 SEXUALIDAD HUMANA

1.5.1 Concepto

La sexualidad es el conjunto de características biológicas, psicológicas, sociales y culturales que confieren al ser humano la calidad de hombre o de mujer, y que los hace tener relaciones interpersonales. (22)

1.5.2 El Sexo y los Roles Sociales

En la fase de desarrollo embrionario, la secreción gonadal da lugar a una formación bimorfa de las estructuras cerebrales, especialmente en el hipotálamo. Es sumamente probable que las hormonas de las gónadas influyan también en esta época sobre otras estructuras del cerebro que participan en la aparición de un comportamiento sexualmente condicionado.

En nuestra sociedad, el sujeto recibe en la temprana infancia la errónea información de que todo lo masculino es omnipotente y de que todo lo femenino, y en especial la mujer misma, es un juguete en las manos masculinas; esta programación previa es causa de ulteriores dificultades

22. Mondragón Castro Héctor. Ginecología, pág. 370.

conyugales. En nuestra sociedad, las mujeres son deformadas por una actitud antisexual que se les inculca desde el nacimiento. Son educadas para sentir vergüenza y sentimientos de culpa frente a todas las relaciones sexuales, se consideran culpables por abandonarse a sus impulsos y saborear el placer sexual.

El adoctrinamiento en el sentido de un comportamiento sexual depauperado, impartido por la madre, es la causa más frecuente de la falta de respuesta sexual, culturalmente inducida ya que el tabú sexual equipara sexo con pecado y vergüenza. Los otros dos motivos de ello serían la devaluación del status de la mujer y su papel en la familia y la sociedad, así como una ausencia de orientación y educación sexuales.

El cuidado del hogar y de los hijos le impide a la mujer ser auténticamente libre. El núcleo de la opresión de la mujer es un papel como paridora y educadora de los hijos. El matrimonio va por lo general en contra de un trabajo profesional, por lo que la mujer incurre en una terrible dependencia con respecto a otra persona (cónyuge).

Se considera también que las causas de la insuficiencia sexual residen en muchos casos en los padres y/o en autoridades religiosas, las cuales hablan de

sexualidad, pero tan sólo para animar a la muchacha o la niña a negar sus sensaciones sexuales y abstenerse de manifestarlas concretamente. En la mayoría de las mujeres con dificultades primarias para el orgasmo, la represión de las posibilidades de expresión sexual a consecuencia de ignorancia, miedo o de una influencia forzada, como primer factor de la inhibición de las funciones sexuales. (23)

En todas las sociedades han existido ciertos deberes que eran desempeñados predominantemente por las mujeres; otros eran reservados a los hombres, y otros más eran compartidos por ambos.

A los hombres se les asigna más típicamente tareas físicamente rudas, que requieren un esfuerzo cooperativo o que impliquen largas temporadas lejos de su hogar.

En casi todas las sociedades, los hombres detentan la mayoría de los empleos importantes, se les da más libertad y esperar una actitud de deferencia de parte de las mujeres. (24)

23. Eicher W. Sexualidad Normal y Patológica en la Mujer. págs. 159-160.

24. Jones Kenneth Lester. Sexualidad Humana. págs. 160 y 161.

La sociedad ha exigido mucho al hombre. Debe triunfar académica, económica, atlética, social y sexualmente. Siempre debe ser fuerte, cae en desgracia si muestra debilidad física o emocional. Así pues, pasa gran parte de su vida comprobando su masculinidad.

Tampoco las mujeres han escapado a los efectos de los papeles que les asigna la sociedad. De ellas se ha esperado que sean dependientes, sumisas, obedientes al hombre; su valor como personas se juzga en lo bien que sirvan a las necesidades físicas, psicológicas y sociales de los hombres.

(25)

1.6 METODOS ANTICONCEPTIVOS UTILIZADOS EN LA ESTRATEGIA DE EXTENSION DE COBERTURA

1.6.1 Concepto

Métodos anticonceptivos: son aquellos procedimientos que se siguen para prevenir el embarazo en forma temporal o permanente. (26)

1.6.2 Clasificación

En la Estrategia de Extensión de Cobertura, los métodos anticonceptivos se clasifican en:

1. Métodos temporales: hormonal oral, hormonal inyectable, preservativo y dispositivo intrauterino (DIU).
2. Métodos definitivos: oclusión tubaria bilateral y vasectomía.

En continuación se describe cada uno de ellos.

1.6.2.1 Hormonal oral. La contracepción hormonal es la utilización de hormonas, semisintéticas y sintéticas para

26. Secretaría de Salud. DGPF. Cuaderno Técnico de Planificación Familiar No. 10, pág. 81.

prevenir el embarazo de forma temporal y reversible. (27)
 Estos hormonales, constituyen el método temporal de
 regulación de la fertilidad más usual en México y en el
 mundo. (28)

Mecanismo de acción: la combinación de esteroides en
 los anticonceptivos ingeribles actúa en sitios centrales y
 periféricos para modificar la función reproductora normal.

1. Mecanismo de acción en el nivel central: se les
 designa con este nombre porque se verifican cambios en la
 fisiología, del hipotálamo y la hipófisis.

En el hipotálamo existen múltiples interacciones de
 enorme complejidad que involucran a los centros tónico y
 cíclico. Es aquí donde los compuestos hormonales modifican
 la secreción de la hormona liberadora de gonadotropinas,
 provocando que en el nivel hipofisario se bloquee la
 liberación de hormona luteinizante (HL) y hormona
 estimulante del foliculo (HFE).

27. Dexeus Trias de Bes S. Anticoncepción. pág. 33

28. Secretaría de Salud, DGPF. Actualización en Métodos
 Anticonceptivos. pág. 25.

2. Mecanismos de acción a nivel periférico:

Ovario. El bloqueo de la liberación de HL y HFE, que ocurre a nivel central, provocan que en el ovario no se efectúe la maduración folicular y, por lo tanto, no se presenta la ovulación.

Morfológicamente, los ovarios disminuyen de tamaño; histológicamente se ha encontrado engrosamiento de la túnica albugínea y, en ocasiones, también fibrosis del estroma ovárico, cambios que son reversibles ante la suspensión de los hormonales.

Oviductos. El consumo de esteroides anticonceptivos altera la motilidad de los oviductos y por lo tanto el transporte de los gametos, lo que rompe la sincronización del posible encuentro entre el óvulo y el espermatozoide.

Endometrio. Después de la exposición a esteroides en anticonceptivos, se observa alteración en el desarrollo de los componentes histológicos haciendo que por un lado la porción glandular no tenga un desarrollo óptimo, y por otro, el estroma sufra desidualización con edema apenas moderado; el resultado final es la disociación entre la diferenciación glandular y estromática, es decir, el endometrio está desfasado. Estos cambios originan un medio endometrial hostil a la implantación del blastocisto en el supuesto caso

de que existiera la fertilización de un óvulo.

Cuello uterino. Se ha observado que durante el uso de anticonceptivos hormonales, el moco cervical se vuelve escaso y espeso, disminuyendo con ésto su filancia; hay aumento en el número de células que se encuentran en el moco y en el interior de las criptas. Todos estos cambios disminuyen la capacidad de los espermatozoides para pasar a través del moco cervical.

Efectividad de los hormonales orales: la efectividad teórica de estos métodos de regulación de la fertilidad oscila entre 0.4 y 0.7 embarazos por 100 años mujer, lo que deja ver la elevada protección que ofrece.

La efectividad real puede llegar a ser hasta de 2.6 embarazos durante un año en un grupo de 100 mujeres, la cual se relaciona más con fallas por parte de la usuaria en el uso del método, que por las del hormonal mismo.

Efectos benéficos: el efecto benéfico demostrado más claramente es la disminución en la incidencia de la enfermedad benigna de la mama, lo que es más aparente conforme se prolonge el uso de anticonceptivos.

Las usuarias de anticonceptivos hormonales obtienen regularización de sus ciclos, y clínicamente se observa disminución en la cantidad y duración del sangrado menstrual; ésto último conlleva a menor riesgo de presentar anemia ferropriva.

Se ha informado también menor presentación de casos de enfermedad inflamatoria pélvica entre las usuarias de anticonceptivos orales, lo que a su vez disminuye la utilización de recursos de atención médica y hospitalización.

La protección que los anticonceptivos orales ofrecen contra la presentación de embarazo ectópico es casi completa. Interviene en ellos su efecto anovulatorio y su efecto protector contra enfermedad inflamatoria pélvica.

Existe evidencia de su efecto protector contra cáncer ovárico y cáncer endometrial. Se ha demostrado que las usuarias de anticonceptivos orales tienen 40% menos de posibilidades de desarrollar cáncer ovárico y 50% menos de desarrollar cáncer endometrial. Esta protección se presentan después de un año de uso, y puede persistir hasta diez años después de suspender su utilización.

Existen otras situaciones como quistes de ovario y dismenorrea, que se presentan con menor frecuencia entre las usuarias de anticonceptivos orales.

Efectos Adversos: la presentación de efectos adversos varía notablemente, y el clínico debe valorar cuidadosamente aquellos que son debidos al anticonceptivo y los que pueden derivar de la apreciación subjetiva de la usuaria u otra causa. La mayoría de estos efectos son menores, y generalmente desaparecen conforme se prolonga su administración. A continuación se describen los que se presentan con mayor frecuencia.

1. Náuseas y vómito: son una eventualidad que al parecer guarda relación con la dosis de estrógenos, y que se ha minimizado con compuestos que contienen menos de cincuenta microgramos.

Si se presenta vómito dentro de las dos horas posteriores a la ingestión de la tableta, la usuaria debe ingerir otra pastilla. Además si se presentara diarrea, se deberá orientar acerca del uso de un método de barrera, pues esta condición podría disminuir la efectividad del anticonceptivo debido a la aceleración del tránsito intestinal.

2. Cambios de peso: se ha observado incremento discreto, pérdida o cambios nulos en las usuarias de anticonceptivos orales. Este fenómeno guarda íntima relación con la capacidad de los esteroides para retener sodio y agua, además de la propiedad anabólica del progestágeno.

El incremento moderado de peso puede solucionarse con dieta y ejercicio; si el incremento es mayor a 2.5 kilogramos, deberá considerarse la discontinuación del método.

3. Depresión: este efecto se ha presentado en aproximadamente el 5% de las usuarias de anticonceptivos hormonales orales. Se cree que tenga relación con una alteración en el metabolismo del triptófano en el nivel hepático que da como resultado disminución en los niveles de serotonina cerebral. Este efecto puede ser tratado con suplemento oral de vitamina B6 a razón de 40 a 50 miligramos por día.

4. Goteo intermenstrual: es un síntoma molesto para la usuaria y una causa frecuente de abandono del método; en la mayor parte de los pacientes desaparece aproximadamente al tercer ciclo de uso. Es uno de los puntos donde la actitud del médico como educador, resulta especialmente importante para lograr la confianza de la usuaria.

Si el síntoma es persistente se deberán descartar algunas condiciones tales como:

- Que la paciente ingiera la tableta a diferente hora.
- Que haya olvidado tomar la tableta por un día.
- Que la paciente ingiera fármacos que interfirieran con la acción de los anticonceptivos.
- Sangrado del cérvix uterino.

1.6.2.2 Hormonal inyectable. Es la utilización de hormonas semisintéticas y sintéticas de acción prolongada para prevenir el embarazo de forma temporal y reversible; ofrece a las mujeres que desean planear su familia, la ventaja de espaciar su aplicación y, con esto, mantener la confidencialidad, hecho que en nuestro medio es de mucha importancia.

Mecanismo de acción: a nivel celular la noretisterona no interactúa con los receptores directamente sino que lo hace a través de sus metabolitos, de ahí que exhiba además de su bien definido efecto progestacional, efectos estrogénicos, androgénicos e incluso antihormonales. En general las progestinas inhiben la ovulación mediante la supresión de la liberación cíclica de gonadotropinas a partir de la hipófisis anterior.

Por lo que se refiere a los cambios inducidos a nivel periférico, podemos decir que comparte gran cantidad de aquellos mencionados para los hormonales orales.

Efectividad: la administración de noretindrona cada sesenta días, proporciona una efectividad de 0.4 embarazos por 100 años mujer. (29)

Efectos benéficos: permiten a la pareja llevar una vida sexual espontánea, sin temores ni represiones, no requieren de manipulaciones genitales ni de aditamentos especiales. Sirven para regular el ciclo menstrual, mejoran o disminuyen la dismenorrea, disminuyen la cantidad de flujo menstrual y, cuando exista, pueden mejorar la endometriosis. (30)

Efectos adversos:

1. Irregularidades menstruales: puede existir aumento en la duración del sangrado, pero se ha observado que, a medida que se prolonga el tratamiento, los sangrados se

29. Secretaría de Salud. DGPF. Op.Cit. págs. 25-42

30. Mondragón Castro Héctor. Ginecología. pag. 395.

acortan y son menos frecuentes.

También se puede presentar amenorrea; este es un fenómeno que, cuando aparece en mujeres previa y suficientemente informadas y motivadas, es aceptado de buen grado por lo que no constituye problema.

2. Aumento de peso: puede existir discreto aumento de peso por retención de líquidos además de efecto anabólico propio de la progestina.

De menor importancia son la cefalea, el mareo e irritabilidad cuando son leves y transitorios; pero deberán observarse estrechamente con objeto de vigilar su evolución y suspender su uso en caso de persistir o aumentar la sintomatología.

1.6.2.3 Preservativo. El preservativo o condón es el único método anticonceptivo de regulación de la fertilidad temporal para el hombre, disponible en la Secretaría de Salud. Es una cubierta de látex con un grosor de 0.03 a 0.07 mm. Los preservativos son fabricados en cuatro colores. Para su distribución se dispone de tiras de cuatro unidades. (31)

31. Secretaría de Salud. DGFF. Op.Cit. págs. 42 y 57.

Mecanismo de acción: actúa como una barrera física impidiendo la unión del óvulo con el espermatozoide, durante la eyaculación el semen va a quedar depositado en el interior del mismo. Algunos preservativos tiene un pequeño receptáculo en la punta para que se deposite el semen. Los preservativos se venden enrollados formando un anillo, y se colocan enrollándolos sobre el pene erecto dejando libre la punta, es importante cerciorarse de que no queden burbujas de aire al quedar en contacto con el pene debido a que éstas pueden romperlo o facilitar que se salga el semen por sus bordes; se debe utilizar un condón nuevo cada vez que se practique el coito. (32)

Efectividad: se calcula que la tasa de embarazos por 100 años mujer oscila entre 3 y 12. Lo anterior va en relación al correcto uso del preservativo.

Efectos benéficos:

Protege de las enfermedades que se transmiten por contacto sexual.

- Puede durar más tiempo la erección.
- Al colocarlo la mujer participa activamente y puede intensificar el juego erótico con la pareja.
- Disminuye la preocupación de un embarazo no deseado.
- Se unen la planificación familiar y la sexualidad.
- Protege a la mujer del contacto del cervix con el esmegma prepucial, agente considerado cancerígeno. (33)

Efectos adversos:

- Este protector puede romperse durante el coito o salirse el semen prematuramente al retirarlo, si no se coloca bien.

- No todos los individuos aceptan de buen grado su empleo, aduciendo pérdida de sensibilidad en la relación sexual. Puede producir ardor en la mucosa vaginal de algunas mujeres, y favorecer las lesiones cervicales del tipo de las erosiones.

- Este método se debe lubricar con alguna crema anticonceptiva para tener una mayor protección, sólo en caso

33. Secretaría de Salud. DGPI. Op.Cit. págs. 57-59

de que la relación se lleve a cabo en los días fértiles del ciclo menstrual (34)

1.6.2.4 Dispositivo Intrauterino (DIU). Sustancia metálica o plástica en forma de espiral, rizo, T o triángulo que se inserta en el útero para evitar la concepción. (35)

Dentro de las unidades de la Secretaría de Salud se dispone de la T de Cobre 380-A, que es un DIU de tipo bioactivo o de segunda generación.

Mecanismo de acción. Los mecanismos por los cuales el DIU previene el embarazo se manifiestan a nivel local; la mayoría de ellos han sido estudiados en muchas especies animales y en sustratos biológicos.

Uno de los principales mecanismos de acción es que como cuerpo extraño, provoca reacción inflamatoria localizada al endometrio lo que promueve migración de macrófagos polifonucleares neutrófilos, células cabadas y

34. Mondragón. Op.Cit. pág. 388

35. Norland. Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina. pág. 458. Vol. 2.

células plasmáticas. La lisis de las células inflamatorias, principalmente de los leucocitos polimorfonucleares, causa la liberación de enzimas lisosomales como la fosfatasa ácida, la n-acetilglucosamidasa y la betaglucoronidasa las que destruyen a los espermatozoides que son principalmente fagocitados por los macrófagos.

La liberación de iones cúpricos (Cu^{++}), en el medio endometrial provoca la ruptura por reducción de los puentes disulfuro de las proteínas; fenómeno que conlleva a la precipitación de la albúmina en la superficie endometrial, además de disminuir la filancia y producir lisis de las secreciones mucosas, fenómenos que dificultan importantemente el transporte del espermatozoide. También se sabe de la inactivación de enzimas de crucial importancia para la fisiología reproductiva como lo son anhidrasa carbónica y la fosfatasa alcalina.

Otros hechos han observado que los iones cúpricos interfieren en los mecanismos de la cadena respiratoria del espermatozoide y lo inactivan inmovilizándolo. Además el cobre puede iniciar la oxidación de ácidos grasos no saturados en la membrana celular lo que la hace más lábil con la consecuente lisis de organelos celulares, pérdida de la función y eventualmente muerte celular.

Efectividad: la tasa de embarazos por 100 años mujer durante el primer año de uso para la T Cu 380-A es de 0.3, a los cuatro años de uso esta tasa aumenta progresivamente hasta ser de 1.8, lo que implica el acumular todas las condiciones medicas y no medicas para el retiro del dispositivo y que den como resultado un embarazo. (36)

Efectos benéficos:

- Este método se considera como un regulador temporal de la fertilidad en mujeres que se encuentran en edad reproductiva.

- Se aplican en diferentes épocas: posparto, posaborto y transcesaréa.

- El DIU tiene buen grado de efectividad comprobada.

- Ocasiona pocas molestias cuando se coloca adecuadamente.

- Una vez colocado, no requiere de motivación o constancia para seguirlo usando. (37)

Efectos adversos: algunos efectos que se presentan posteriormente a la aplicación del DIU pueden causar

36. Secretaría de Salud. DGPF. Op.Cit. págs. 47 y 54.

37. Mondragón. Op.Cit. pag. 393

molestias, principalmente durante los primeros tres meses; en ocasiones su severidad puede hacer necesario el retiro del método.

1. Hiperpolimenorrea: es uno de los efectos adversos que se observa con mayor frecuencia y puede ser causa de retiro del método. Si este trastorno persiste más allá de tres ciclos menstruales consecutivos se deberá cambiar a otro método.

2. Dolor pélvico: cuando se presenta esta eventualidad durante la primera semana posterior a la inserción, se deberán prescribir antiespasmódicos a las dosis habituales, si se observa persistencia del síntoma se recomendará cambiar de método.

3. Dispareunia: la presentación de este adverso es frecuente que lo refiera la pareja de la usuaria, en este caso, se deberá verificar que el DIU se encuentra correctamente insertado y si se requiere, cortar las guías.

También pueden presentarse algunas complicaciones como: perforación uterina, infección pélvica, embarazo ectópico y embarazo accidental.

1.6.2.5 Oclusión Tubaria Bilateral (OTB). La OTB es un procedimiento que consiste en el corte o sección, ligadura y obstrucción de la luz de los oviductos, con objeto de impedir la unión del espermatozoide y el óvulo.

Principales técnicas para la OTB: a lo largo de la evolución del procedimiento han existido múltiples técnicas que afectan diferentes porciones del oviducto, entre las que podemos mencionar la de Madlener, la de Irving, la de Aldridge, la de Croener y finalmente la de Uchida.

Sin embargo han caído en desuso pues algunas de ellas requieren de amplia experiencia en cirugía ginecológica.

En la actualidad la técnica de Pomeroy es la más ampliamente usada ya que es de fácil realización, no requiere de entrenamiento específico y puede ser efectuada por un cirujano de cualquier especialidad o médico general con un mínimo entrenamiento.

Consiste en hacer un asa de trompa en su porción ampular, tomándola con una pinza de Alis o Babcock, ligar la base del asa con una sutura de catgut simple No. 0, y extirpar la porción del asa por encima de la ligadura. La ligadura con catgut simple se absorbe en poco tiempo con lo cual los cabos proximal y distal se separan, evitando

posibles recanalizaciones.

Efectividad: la tasa de embarazos por 100 años mujer es aproximadamente entre 0.2 y 1.3 y puede variar de acuerdo a la técnica empleada.

Efectos benéficos:

- El procedimiento por laparotomía es fácil y simple de realizar.

- No interfiere con el ciclo menstrual.

- No interfiere con la capacidad de la mujer para mantener relaciones sexuales satisfactorias. (30)

- Actualmente, gracias a las técnicas de microcirugía, este proceso es considerado reversible.

- La técnica quirúrgica es relativamente sencilla, el costo bajo, las incisiones pequeñas y el riesgo mínimo.

Efectos adversos:

- Se requiere de un cirujano capacitado, de un centro hospitalario y un procedimiento anestésico adecuados. A pesar de haberse realizado la operación, puede ocurrir un embarazo.

- Otra de las desventajas es que la paciente podría arrepentirse después de efectuado el procedimiento.

- Desde el punto de vista doctrinario, hay corrientes que se oponen a la realización de este procedimiento, ya que consiste en mutilar un órgano sano, principio contrario a las normas quirúrgicas tradicionales.

- Puede tener varias complicaciones quirúrgicas, como lesiones del intestino, hematomas e infección.

- Se podría crear confusión en la paciente si no se le explica previamente en que consiste el procedimiento.

- Estas intervenciones están contraindicadas en pacientes con antecedentes de anexitis, endometriosis, cirugías múltiples previas, pelviperitonitis por la dificultad operatoria.

- Debe cuidarse que la paciente tenga un número suficiente de hijos vivos y sanos para poder realizar dicha operación.

- Nunca debe practicarse posparto, cuando nazca un producto prematuro o en malas condiciones. (39)

1.6.2.6 Vasectomía. La vasectomía es un procedimiento que tiene como propósito la sección y obstrucción por medios quirúrgicos de los conductos deferentes. (40)

39. Mondragón. Op.Cit., págs. 396 y 397.

40. Secretaría de Salud. DGPF. Op.Cit. pág. 67

Mecanismo de acción: La vasectomía produce un semen azoospermico. La esterilización tubárica impide el transporte del huevo más allá del lugar de la obstrucción. Estas son intervenciones puramente mecánicas, sin que exista ninguna evidencia de que ningún cambio hormonal juegue algún papel en el mantenimiento de la anticoncepción. Después de la esterilización tubárica, los niveles de FSH, LH y estrógenos permanecen normales, pero se produce un descenso leve en los niveles de progesterona sérica.

Varios estudios realizados en varones después de la vasectomía revelan que no existe ningún cambio significativo en la espermatogénesis o en el sistema hipotálamo hipofisogonadal. (41)

Efectividad: se considera que la vasectomía es uno de los métodos más seguros, con una efectividad de 0.1 a 0.15 embarazos por 100 años mujer. Es recomendable que el paciente vasectomizado utilice un método anticonceptivo de barrera (preservativo), por lo menos durante tres meses después de la intervención.

41. Neville F. Hacker. Compendio de Ginecología y Obstetricia. pág. 412.

Efectos benéficos:

- Es un procedimiento simple y fácil de realizarse.
- Es un método que permite la participación activa del varón en la planificación de su familia.
- De bajo costo.
- No requiere quirófano, aunque sí de un lugar a condicionado.
- No interfiere con la capacidad del hombre para mantener relaciones sexuales satisfactorias. (42)

Efectos adversos:

- Puede producir efectos psicológicos importantes si no se explica suficientemente el procedimiento.
- Puede haber una repermabilización espontánea.
- Pueden presentarse complicaciones como infección, hematoma y granuloma espermático.
- Durante los tres primeros meses puede ocurrir fecundación si no se toman las precauciones adicionales. (43)

42. Secretaría de Salud. DOPF. Op.Cit. pág. 68.

43. Mondragón. Op.Cit. págs. 393 y 399.

2. RESULTADOS

CUADRO 1

EDAD DE LAS MUJERES CON VIDA SEXUAL QUE UTILIZAN Y NO
METODOS ANTICONCEPTIVOS, DE LOS MODULOS I Y VII ZITACUARO,
MICHOACAN 1993.

E D A D	NO UTILIZAN METODOS	%	SI UTILIZAN METODOS	%	TOTAL	%
15 - 19	12	3.6	11	3.3	23	6.9
20 - 24	35	10.6	45	13.7	80	24.3
25 - 29	39	11.8	43	13.2	82	25.0
30 - 34	42	12.8	25	7.6	67	20.4
35 - 39	26	7.9	12	3.6	38	11.5
40 - 44	23	7.0	7	2.3	30	9.3
45 - 49	7	2.3	1	0.3	8	2.6
T O T A L	184	56.0	144	44.0	328	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados en las comunidades de los
módulos I Y VII Zitácuaro, Michoacán en agosto y
septiembre de 1993 y datos obtenidos de las carpetas
de planificación familiar en las comunidades de los
módulos I y VII Zitácuaro, Michoacán.

De acuerdo a lo observado en el cuadro anterior tenemos que la mayor parte de las mujeres que no se controlan se encuentran entre los veinte y los treinta y cuatro años de edad lo que representa un 35.2% de la población total, por otro lado las que si utilizan métodos anticonceptivos pertenecen al grupo de los veinte a los veintinueve años de edad con un 26.9% del total de mujeres.

Otro porcentaje aunque no muy alto pero si de gran importancia, es el de mujeres que se encuentran entre los 15 y 19 años, que representan el 6.0% de la población total; el 3.6% corresponde a las mujeres que no se controlan y el 3.3% a las que si lo hacen. De esto podemos decir que son las que tienen más facilidad de aumentar su riesgo reproductivo y de presentar complicaciones en el embarazo parto y puerperio; ya que sabemos que esta no es la edad propicia para el embarazo ni para la utilización de métodos anticonceptivos.

Si comparamos las cantidades de cada uno de los grupos, nos podemos dar cuenta que además de predominar el grupo de edad de los veinte a los treinta y cuatro años, es importante mencionar que el numero de mujeres que no planifican su familia y las que si lo hacen son casi similares o inclusive predomina el del primer grupo, por lo cual, es de gran relevancia que la gente acepte los métodos para el control de la natalidad. (ver cuadro 1, pág. 75).

CUADRO 2

ESCOLARIDAD DE LAS MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA DE LOS
 MODULOS I Y VII ZITACUARO, MICHOACAN 1993

ESCOLARIDAD	Fo.	%
1o. DE PRIMARIA	16	8.7
2o. DE PRIMARIA	23	12.5
3o. DE PRIMARIA	32	17.3
4o. DE PRIMARIA	18	9.7
5o. DE PRIMARIA	13	7.4
6o. DE PRIMARIA	47	25.5
SECUNDARIA TERMINADA	12	6.5
SECUNDARIA NO TERMINADA	5	2.7
ANALFABETAS	17	9.2
NIVEL SUPERIOR	1	.5
T O T A L	184	100

FUENTE: Cuestionarios aplicados en las comunidades de los
 módulos I y VII Zitácuaro, Michoacán en agosto y
 septiembre de 1993.

Respecto al nivel educativo de las mujeres con vida sexual activa de los módulos I y VII Zitácuaro, se observa que el 81.1% sólo estudia algún grado de primaria, el 9.7% estudia otro nivel superior y un 9.2% son analfabetas.

A pesar de que la educación primaria es gratuita podemos ver que hay un alto porcentaje (55.6%) de población que no termina la primaria y un 9.2% que no tiene ningún estudio, por lo tanto, podemos constatar que a pesar de haber planteles educativos que brindan opciones de estudio, generalmente las señoras no acuden a ellos ya que las ideas que les inculcan los padres son: que ellas van a depender del hombre, que las actividades de la mujer (tener y cuidar a los hijos, realizar los quehaceres de la casa y atender al merido) no requieren un alto grado de educación escolar y es suficiente con que sepan leer y escribir.

De acuerdo a la experiencia vivida en las comunidades, podemos decir que el nivel educativo de las madres de familia es muy bajo, lo cual, se relaciona directamente con las dificultades encontradas para orientarlas en cuanto al uso de métodos anticonceptivos ya que es laborioso que ellas comprendan y asimilen el mensaje que se les da.

Por todo lo anterior, podemos decir que entre menos

nivel escolar tiene la población estudiada, es más difícil que acepten los métodos anticonceptivos. (ver cuadro 2, pág. 77).

Esto se refleja en lo siguiente:

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CUADRO 3

OCUPACION DE LAS MUJERES CON SEXUAL ACTIVA DE LOS
 MODULOS I VII ZITACUARO, MICHOACAN 1993

O C U P A C I O N	Fo.	%
HOGAR	174	94.6
COMERCIANTE	4	2.2
EMPLEADA	4	2.2
CANPO	1	.5
OBRERA	1	.5
OTRO	0	0
T O T A L	184	100

FUENTE: Misma del cuadro 2.

La principal ocupación de las mujeres es el hogar (94.6%), siguiéndole en orden de importancia y con igual porcentaje el comercio (2.2%), empleada (2.2%) y por último obrera (.5%) y campo (.5%).

Por información previa, podemos ver que, la mayoría de las mujeres se dedican a la actividad tradicional de las comunidades (el hogar) y un número muy bajo a otras actividades fuera de su casa, ya que se ven afectadas por las ideas de la familia y la sociedad quienes tienen un mal concepto de la mujer que labora lejos de la casa.

Las actividades de las mujeres son diversas, ya que, además de dedicar gran parte de su tiempo a labores del hogar, siempre que es necesario ayudan a su esposo a las actividades del campo como la agricultura y cría de ganado, lo cual, nos explica porque la población estudiada posee un bajo nivel educativo. Lo anterior se menciona por lo observado en las comunidades. (ver cuadro 3, pág. 80).

CUADRO 4

OCUPACION DEL ESPOSO DE LAS MUJERES DE LOS MODULOS I VII
ZITACUARO, MICHOACAN 1993

O C U P A C I O N	Fo.	%
AGRICULTOR	88	47.8
JORNALERO	27	14.6
OTRO	26	14.2
OBRERO	18	9.8
EMPLEADO	14	7.6
COMERCIANTE	11	6.0
T O T A L	184	100

FUENTE: Misma del cuadro 2.

Así mismo podemos observar que:

La principal ocupación del esposo es la labor del campo (62.4%), siguiéndole un 14.2% que se dedican a otras actividades, un 9.8% son obreros, un 7.6% empleados y por último un 6.0% comerciantes.

Según referencias bibliográficas, podemos decir que, los hombres se dedican a la actividad primordial de la región (labores del campo) y sólo un número muy bajo desempeña otras actividades como: obreros, comerciantes y empleados, en las cuales, no es necesario que ellos cuenten con un alto nivel educativo.

Durante la práctica se observó que efectivamente la labor principal del hombre en las comunidades aledañas a la ciudad de Zitácuaro es la agricultura y la cría de ganado, las cuales son una tradición familiar y donde no se les exige un elevado nivel escolar, esto da como consecuencia que las esposas se vean influenciadas por las ideas del marido respecto a la utilización de métodos anticonceptivos, debido a que ellos creen que causan serios problemas de salud y si su esposa tuviera pocos hijos su valor de hombre se degradaría ante la sociedad. (ver cuadro 4, pág. 82).

CUADRO 5

EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA DE LAS MUJERES DE LOS
 MODULOS I Y VII ZITACUARO, MICHOACAN 1993

EDAD	Fo.	%
13 AÑOS	1	.5
14 AÑOS	10	5.4
15 AÑOS	25	13.6
16 AÑOS	28	15.3
17 AÑOS	26	14.1
18 AÑOS	29	15.7
19 AÑOS	16	8.7
20 AÑOS	21	11.4
21 Y MAS	28	15.3
TOTAL	184	100

FUENTE: Misma del cuadro 2.

Por otro lado, del grupo de mujeres seleccionadas para el actual estudio, tenemos que el 73.3% inician su vida sexual activa antes de los veinte años, el 11.4% a los veinte años y el 15.3% de veintiún años y más.

Rescatando la idea de Eicher W. donde nos dice que la mujer carece de orientación y educación sexual y conjuntándolo con el bajo nivel escolar de las mujeres, podemos decir que éstos son factores predisponentes para el inicio de vida sexual activa a temprana edad.

En el transcurso del tiempo por trabajos en comunidad, nos dimos cuenta de que la población considera que, la mujer que se casa tiene la obligación de tener hijos y procrear todos los que sean posibles durante su etapa reproductiva, pues sería un pecado evitarlos; además hay una influencia muy marcada por parte de la madre ya que tratan de imitar el número de hijos que ella tuvo, todo esto sirve de marco para la actitud de la gente: entre más hijos tiene el matrimonio, mayor es la aceptación entre los miembros de su comunidad. (ver cuadro 5, pág. 84).

CUADRO 6

NUMERO DE HIJOS, POR EDADES DE LAS MUJERES CON VIDA SEXUAL
ACTIVA DE LOS MODULOS I VII ZITACUARO, MICHOACAN 1993

E D A D	N U M E R O D E H I J O S						TOTAL	%
	0	1	2	3	4	5 ó +		
15 - 19	3	5	3	1	0	0	12	6.5
20 - 24	0	12	15	6	2	0	35	19.0
25 - 29	0	8	2	11	8	10	39	21.2
30 - 34	0	2	1	5	15	19	42	22.8
35 - 39	0	0	5	0	3	18	26	14.1
40 - 44	0	0	1	1	1	20	23	12.5
45 - 49	0	0	1	0	0	6	7	3.9
T O T A L	3	27	28	24	29	73	184	100

FUENTE: Misma del cuadro 2.

Lo anterior precede a que el número de hijos por grupo de edad en las mujeres de las comunidades sea el siguiente: el 39.8% tiene cinco hijos o más, el 15.7% tiene 4 hijos, el 15.3% tiene dos, el 14.6% tiene uno, el 13.0% tiene tres y por último el 1.6% no ha tenido hijos.

Así mismo, es importante mencionar que las mujeres comprendidas entre los treinta y los cuarenta y cuatro años de edad son las que tienen cinco hijos o más y representan el 49.4% de la población total.

Tomando en cuenta lo que nos dice el libro de "Sexualidad normal y patológica de la mujer" podemos constatar que, las mujeres en estudio no escapan al concepto que se les ha dado como "paridoras y educadoras de los hijos".

Lo anterior se confirma con el trabajo ejercido en el campo de práctica donde la gente piensa que entre más hijos se tienen, mayor es la masculinidad del hombre y la mujer realiza la función que le corresponde dentro del matrimonio. (ver cuadro 6, pág. 86).

CUADRO 7

CONCEPTO DE LOS HIJOS PARA LAS MUJERES CON VIDA SEXUAL
ACTIVA DE LOS MODULOS I Y VII ZITACUARO, MICHOACAN 1993

C O N C E P T O	Fo.	%
FUERZA DE TRABAJO Y/O APOYO ECONOMICO	78	42.5
ALEGRIA	28	15.2
RESPONSABILIDAD	24	13.1
CARINO Y/O AMOR	24	13.1
MORTIFICACION	10	5.4
UN SER QUERIDO	8	4.3
RAZON PARA VIVIR	6	3.2
LO MAS BELLO	6	3.2
T O T A L	184	100

FUENTE: Misma del cuadro 2.

Continuando con el tema de los hijos, tenemos que, un 42.5% de las mujeres consideran a los hijos como fuerza de trabajo y/o apoyo económico en un futuro, el 15.2% que es alegría, el 13.1% responsabilidad; así como cariño y amor que también corresponde a un 13.1% y por último los conceptos restantes que dan un total de 16.1%

En relación con la experiencia obtenida en las diferentes comunidades, vimos que hay un gran número de mujeres que tienen hijos con el fin de ser apoyadas en las actividades del campo y de la casa que tienen bajo su responsabilidad; además de ver en ellos a personas que les ayudarán económica y físicamente durante su vejez. (ver cuadro 7, pág. 88).

Y esto se refuerza con la siguiente información:

CUADRO 8

CAUSAS POR LAS QUE DESEAN TENER HIJOS LAS MUJERES CON VIDA
SEXUAL ACTIVA DE LOS MODULOS I Y VII ZITACUARO, MICHOACAN
1993

CAUSAS	NUMERO DE HIJOS						TOTAL	%
	0	1	2	3	4	5 ó +		
FUERZA DE TRABAJO	3	19	8	6	6	11	53	58.9
CREENCIA RELIGIOSA	0	2	4	7	2	10	25	27.8
INFLUENCIA DEL MARIDO	0	1	1	1	3	2	8	8.9
POR TENER VARON	0	0	1	0	1	0	2	2.2
REALIZACION COMO MUJER	0	1	0	0	0	0	1	1.1
POR EVITAR LA MENS-TRUACION	0	0	0	0	0	1	1	1.1
T O T A L	3	23	14	14	12	24	90	100

FUENTE: Misma del cuadro 2.

Ya que un 58.9% de la población que desea tener más hijos, lo hace por contar con apoyo en el trabajo de la casa y el campo, un 27.8% por creencia religiosa, el 8.9% por obedecer al marido, el 2.2% por tener un varón, el 1.1% para evitar la menstruación y de igual manera para realizarse como mujer (1.1%).

Es importante mencionar que en el tiempo de estudio en las comunidades, nos percatamos de que las madres de familia enseñan a sus hijos desde pequeños que cada uno tiene la obligación de ayudarla en los quehaceres del hogar y del campo; además de tener divididas las actividades por sexo, por ejemplo, tenemos que a las niñas generalmente les asignan tareas como: cuidar, asear y darle de comer a los hermanos menores, hacer la comida, lavar, planchar, etc. y a los niños les toca cuidar a los animales y darles de comer, cultivar la tierra, cortar y acarrear la leña, etc.

Las creencias religiosas son otro factor relevante que influye para que las mujeres sigan procreando hijos y rechacen los métodos anticonceptivos. (ver cuadro 8, pág. 90).

CUADRO 9

CAUSAS POR LAS QUE NO DESEAN TENER HIJOS, LAS MUJERES CON
VIDA SEXUAL ACTIVA DE LOS MODULOS I Y VII ZITACUARO ,
MICHUACAN 1993

CAUSAS	NUMERO DE HIJOS						TOTAL	%
	0	1	2	3	4	5 ó +		
FALTA DE RECURSOS ECONOMICOS	0	2	12	10	9	27	60	63.8
NUMERO SUFICIENTE	0	1	0	1	5	18	25	26.6
RIESGO EN EL ESTADO DE SALUD DE LA MADRE	0	0	0	0	2	3	5	5.4
INFLUENCIA DEL MARIDO	0	0	0	0	1	1	2	2.1
IMPLICA RESPONSABILIDAD	0	1	1	0	0	0	2	2.1
T O T A L	0	4	13	11	17	49	94	100

FUENTE: Misma del cuadro 2.

Las mujeres que ya no desean más hijos es por las siguientes causas: el 63.8% por que consideran que no hay recursos económicos suficientes, el 26.6% por que piensan que es suficiente el número de hijos, el 5.4% por problemas de salud, el 2.1% por influencia del marido y de igual manera porque les implican mucha responsabilidad (2.1%).

Por lo observado en el área de trabajo, sabemos que, aunque un gran número de las mujeres en estudio (51.1%) refieren no desear más hijos por la situación económica tan difícil en la que se encuentran, realmente no hacen nada por evitarlo, ya que, de hacerlo se verían afectadas por las críticas y reproches del marido, la familia y la misma sociedad. (ver cuadro 9, pág. 92).

Lo cual se proyecta en lo siguiente:

CUADRO 10

PERSONA QUE DECIDE EL NUMERO DE HIJOS DENTRO DEL MATRIMONIO
 EN LAS COMUNIDADES DE LOS MODULOS I Y VII ZITACUARO,
 MICHOACAN 1993

P E R S O N A	Po.	%
AMBOS	98	53.3
ESPOSO	65	35.3
ESPOSA	21	11.4
T O T A L	184	100

FUENTE: Misma del cuadro 2.

Cuando se trata de decidir el número de hijos dentro del matrimonio, encontramos estos porcentajes: a la esposa le corresponde un 11.4%, al esposo un 35.3% y ambos con un 53.3%.

Jones Kenneth reafirma en su libro de "Sexualidad Humana" la importancia que se le ha dado al hombre socialmente, pues nos dice que es él quien detenta la mayor parte de las determinaciones importantes, se le da más libertad y espera una actitud de respeto por parte de la mujer; por otro lado Gally Esther dice que la sociedad espera que la mujer sea dependiente, sumisa y creyente al hombre. Lo anterior repercute en el hecho de que la mayoría de las veces sea el hombre el que decida el número de hijos que se deben tener.

En el tiempo de convivencia con la gente de las comunidades, nos percatamos de que realmente no hay una decisión por pareja respecto al número de hijos, ya que generalmente no hay una planeación del embarazo y, la pareja se limita a aceptar los hijos que pueden tener en su etapa reproductiva. Y es el hombre el que decide la cantidad de hijos que quiere, debido a que se le considera la autoridad máxima de la familia. (ver cuadro 10, págs. 94). Y las principales causas por las que decide son.

CUADRO 11

CAUSAS POR LAS QUE LOS ESPOSOS DE LAS MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA DECIDEN EL NUMERO DE HIJOS, EN LAS COMUNIDADES DE LOS MODULOS I VII ZITACUARO, MICHOACAN 1993

C A U S A S	Fo.	%
ES EL SOSTEN DE LA CASA	50	77.0
PORQUE SON POCOS HIJOS	6	9.3
POR FALTA DE RECURSOS ECONOMI- COS	2	3.1
CREENCIAS RELIGIOSAS	2	3.1
POR RAZONES DE SALUD	1	1.5
QUIERE TENER UN HIJO VARON	1	1.5
NO DEJA A SU ESPOSA USAR METODOS ANTICONCEPTIVOS	1	1.5
EL NUMERO DE HIJOS ES SUFI- CIENTE	1	1.5
NO PLATICAN DE PLANIFICACION FAMILIAR	1	1.5
T O T A L	65	100

FUENTE: Misma del cuadro 2.

Que él es el sostén de la casa (77.0%), considera que son pocos hijos (9.3%) por falta de recursos económicos (3.1%) y por creencia religiosa (3.1%).

Debido a que a la mujer se le ha inculcado ser siempre dependiente y obediente al hombre ella acepta las decisiones que él tome en relación con el número de integrantes en la familia, este hecho es percibido en el trabajo de comunidad (ver cuadro 11, pág. 96).

CUADRO 12

CAUSAS POR LAS QUE LAS MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA
DECIDEN EL NUMERO DE HIJOS, EN LAS COMUNIDADES DE LOS
MODULOS I Y VII ZITACUARO, MICHOACAN 1993

C A U S A S	Fo.	%
ELLA ES LA QUE LOS CUIDA	6	28.5
FALTA DE RECURSOS ECONOMICOS	5	23.8
CREENCIAS RELIGIOSAS	3	14.3
PROBLEMAS DE SALUD	2	9.5
NO QUIERE UTILIZAR ANTICONCEP- TIVOS	2	9.5
QUIERE TENER UN HIJO VARON	1	4.8
NUMERO SUFICIENTE DE HIJOS	1	4.8
PORQUE SON POCOS HIJOS	1	4.8
T O T A L	21	100

FUENTE: Misma del cuadro 2.

En cuanto a la decisión de la esposa en el número de hijos tenemos las siguientes causas: un 20.5% se preocupa en el tamaño de la familia por considerar a los hijos como una responsabilidad propia, el 23.8% por falta de recursos económicos y el 14.3% está influido por creencias religiosas.

Cabe hacer mención, que a pesar de que la mujer juega un papel importante en la procreación de los hijos, es la persona a la que menos se le toma en cuenta para la determinación en el número de descendientes, esto se confirma con lo siguiente: del total de la población en estudio sólo en el 11.4% de los casos ella decide. (ver cuadro 12, pág. 98).

CUADRO 13

CAUSAS POR LAS QUE LA PAREJA DECIDE EL NUMERO DE HIJOS EN
LAS COMUNIDADES DE LOS MODULOS I Y VII ZITACUARO, MICHOACAN

1993

C A U S A S	Fo.	%
POR FALTA DE RECURSOS ECONOMICOS	38	38.9
CREENCIAS RELIGIOSAS	27	27.5
PORQUE SON POCOS HIJOS	19	19.4
EL NUMERO DE HIJOS ES SUFICIENTE	4	4.1
NO TIENEN HIJOS	4	4.1
RAZONES DE SALUD	3	3.0
QUIERE TENER UN HIJO VARON	2	2.0
NO PLATICAN DE PLANIFICACION FAMILIAR	1	1.0
T O T A L	98	100

FUENTE: Misma del cuadro 2.

Y las causas por las que la pareja decide son: el 38.9% por falta de recursos económicos, el 25.5% por creencias religiosas y el 19.4% considera que son pocos hijos.

Es relevante mencionar que aunque aparentemente el porcentaje de decisión por pareja es elevado (53.2%) sabemos por experiencia propia que, dicho suceso no es verídico ya que los hijos se tienen sin que haya una planeación de ellos o inclusive sin que la pareja platique siquiera sobre el deseo de tenerlos o no.

De hecho surge más preocupación cuando la mujer no ha tenido hijos o los tiene espaciados, que cuando los tiene muy seguidos. (ver cuadro 13, pág. 100).

CUADRO 14

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y COMPLICACIONES QUE LE ATRIBUYEN
 LAS MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA DE LOS MÓDULOS I Y VII
 ZITACUARO, MICHOACÁN 1993

COMPLICACIONES	MÉTODOS									
	OVULOS	DTB	DIU	HORM. ORAL	HORM. INY.	CONDON	COITO INTER.	RITMO	NINGUNO	TOTAL
NO SABE	2	4	20	50	51	34	1	3	76	241
CÁNCER	0	2	7	7	6	0	0	0	0	22
DOLOR DE CABEZA	0	1	3	6	0	0	0	0	0	21
HEMORRAGIAS	0	1	1	3	8	0	0	0	0	13
NERVIOS	0	0	1	7	4	0	0	0	0	12
RIESGO DE EMBARAZO	0	0	5	1	0	0	0	0	0	6
DESCONTROL DE PESO	0	0	1	1	3	0	0	0	0	5
DOLOR DE ESTÓMAGO	0	0	2	2	0	0	0	0	0	4
MAREOS	0	0	0	3	0	0	0	0	0	3
TRASTORNOS MENTALES	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2
TUMORES	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2
MANCHAS EN LA CARA	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2
HACEN LOS NIÑOS CON EL	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2
SON DROGAS	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
EDEMA	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
IRRITABILIDAD	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
SE HACEN "BOLAS"										
EN EL ESTÓMAGO	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
SE ENCARNAN	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
INFECCIÓN	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
MUERTE	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
VÓMITO	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
ALTERACIONES EN LA T/A	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
T O T A L	2	9	43	94	81	34	1	3	76	343

FUENTE: Misma del cuadro 2.

Según los conocimientos respecto a métodos anticonceptivos que tienen las señoras de las comunidades, sabemos lo siguiente: el 41.3% de la población total no conoce ningún método y el 58.7% conoce uno o más, e inclusive las complicaciones de algunos. Dentro de las complicaciones más sobresalientes tenemos: un 12% piensa que provocan cáncer, un 11.4% saben que provocan dolor de cabeza y un 7% dice que hay hemorragias. Por otro lado los métodos que más se conocen son: el hormonal oral (51%), la inyección (44%) y el DIU (23.4%).

La Secretaría de Salud cita los métodos anticonceptivos que se utilizan en la Estrategia de Extensión de Cobertura y éstos son: hormonal oral e inyectable, preservativo, DIU, salpingoclasia y vasectomía.

Las principales complicaciones de los métodos más conocidos son:

Hormonal oral: náuseas y vómito, cambios de peso, depresión e irregularidades menstruales.

Hormonal inyectable: irregularidades menstruales, aumento de peso, cefalea, mareo e irritabilidad.

Dispositivo Intrauterino: hiperpolimenorrea, dolor pélvico, dispareunia, infección pélvica, perforación uterina, embarazo ectópico y embarazo accidental.

Por lo que se considera que es debido a lo anterior que las mujeres conocen más algunos métodos, además de saber las complicaciones que ellos causan y por lo mismo existe un rechazo hacia la utilización de ellos.

En la realización del trabajo de campo se atisbó que las señoras de las comunidades realmente conocen los métodos anticonceptivos, aunque muchas de ellas lo nieguen por causas variadas tales como: el temor a su marido, a otra persona de su familia o bien a la sociedad que la rodea. Así mismo hay quienes conocen algunas de las complicaciones que provocan los métodos; es conveniente mencionar que también existen ideas erróneas acerca de las molestias que provocan los anticonceptivos, por ejemplo, se cree que las pastillas son drogas, provocan cáncer, retraso mental, "bolas" y dolor en el estómago; a la inyección se le atribuye la presencia de cáncer y enfermedades mentales; al DIU dolor de cabeza, nervios, cáncer, baja de peso y los niños nacen con el dispositivo incrustado y a la OTB hemorragias, dolor de cabeza, cáncer y muerte.

Todo esto da lugar a que las madres de familia de las comunidades no sólo no quieren emplear métodos para el control de la natalidad, sino que les provoca temor el sólo pensar en su uso. (ver cuadro 14, pág. 102).

CUADRO 15

LUGAR DONDE HAN ESCUCHADO INFORMACION RESPECTO A METODOS
ANTICONCEPTIVOS, LAS MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA DE LOS
MODULOS I Y VII ZITACUARO, MICHOACAN 1993

L U G A R	Fo.	%
NO RECIBIERON INFORMACION	58	31.5
COMUNIDAD	47	25.5
CENTRO DE SALUD	32	17.3
CASA DE LA AUXILIAR DE SALUD	24	13.0
OTRO	12	6.7
IMSS	8	4.3
IGLESIA	3	1.7
T O T A L	184	100

FUENTE: Misma del cuadro 2.

Lo cual se debe en gran medida al lugar donde han escuchado la información acerca de los métodos anticonceptivos, las mujeres de la comunidad y sobre este punto tenemos los siguientes datos: el 31.5% no cuenta con información, el 25.5% lo ha escuchado en la comunidad, el 17.3% en un Centro de Salud y el 13% en la casa de la auxiliar de salud.

En el marco teórico se habla de que la población de las comunidades, recurre más a la medicina tradicional y sólo en algunas ocasiones acude con la auxiliar de salud o con algún profesional del Área médica; podemos decir que lo anterior provoca que la mayor parte de la información sobre anticoncepción sea adquirida en sitios que no tienen ninguna relación con el sistema de salud.

En la práctica social llevada a cabo en las comunidades verificamos que efectivamente las mujeres reciben información de métodos anticonceptivos y que estos datos no siempre son verídicos ni completos, además de ser difundidos en su mayoría en sitios tales como: la comunidad y la iglesia, y en circunstancias poco apropiadas, pues generalmente se imparte en reuniones informales donde no se tiene previsto hablar respecto al tema, por lo que la información es distorsionada o se mal interpreta.

También encontramos que un gran número de estas personas refieren no saber nada sobre la anticoncepción, aunque no es la realidad, ya que comúnmente hay comentarios de este tema entre las mujeres de la comunidad. (ver cuadro 15, pág. 106).

CUADRO 16

PERSONA DE LA QUE HAN RECIBIDO INFORMACION DE METODOS
ANTICONCEPTIVOS, LAS MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA DE LOS
MODULOS I Y VII ZITACUARO, MICHOACAN 1993

PERSONAS	Fo.	%
NO TIENE INFORMACION	58	31.5
ENFERMERA O MEDICO	46	25.0
FAMILIAR	30	16.3
AUXILIAR DE SALUD	25	13.6
VECINO	16	8.7
OTRO	6	3.3
SACERDOTE	3	1.6
T O T A L	184	100

FUENTE: Misma del cuadro 2.

Por otro lado, tocante a la persona de la que han recibido información de métodos anticonceptivos, las mujeres de las comunidades, encontramos que, el 31.5% de la población total no ha recibido ningún tipo de información, al 25% le ha informado un profesional de la salud (enfermera o médico), a un 16.3% un familiar y al 13.6% la auxiliar de salud.

Considerando los datos contenidos en el marco teórico donde se habla de que la gente regularmente no acude a recibir atención médica, podemos mencionar que es por lo anterior que la información recibida sobre métodos anticonceptivos no es la correcta o bien es desconocida.

En la trayectoria del servicio social observamos que, las mujeres reciben generalmente una información incompleta o distorsionada de la anticoncepción, ya que, a menudo acuden con personas que no tienen ningún conocimiento sobre el tema, y cuando se les presenta la oportunidad de obtener una información verídica, ellas mismas la rechazan, debido al temor a su esposo, su familia, a la sociedad misma y/o a la influencia religiosa. (ver cuadro 16, pág. 109).

De la cual, sabemos lo que a continuación se presenta:

CUADRO 17

OPINION DE LAS MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA ACERCA DE LA UTILIZACION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS SEGUN SU RELIGION, EN LOS MODULOS I VII ZITACUARO, MICHOACAN 1993

O P I N I O N	CATOLICA	EVANGELICA	TOTAL	%
ES PECADO UTILIZARLOS	134	0	134	42.8
AFECTAN LA SALUD	95	0	95	30.3
NO SIRVEN	49	0	49	15.7
SOLO ACEPTA LOS NATURALES	26	0	26	8.3
NO SABE LA OPINION	4	0	4	1.3
O T R O S	3	0	3	1.0
SE DEBEN UTILIZAR	0	1	1	.3
T O T A L	312	1	313	100

FUENTE: Misma del cuadro 2.

La opinión que tienen sobre métodos para la planificación familiar, según su religión, las mujeres, es la siguiente: un 72.8% de las personas en estudio opinan que es pecado utilizarlos, el 51.6% saben que afectan la salud y el 26.6% refieren que no sirven. Es importante mencionar que el 99.5% de la población pertenece a la religión católica y el .5% a la evangelica.

Citando lo que nos dice Teja Andrade Jesús, podemos saber que debido a la intervención española, la religión predominante es la católica, es por ésto que la población de Zitácuaro y sus alrededores tiene una gran influencia religiosa respecto a la utilización de métodos anticonceptivos.

En el tiempo trabajado con el grupo de estudio observamos que hay un alto predominio religioso en la población de las comunidades, lo cual, repercute en la ideología y manera de actuar de la mayoría de los habitantes; siendo trascendental en este caso la opinión del esposo en la utilización de métodos para el control de la natalidad. (ver cuadro 17, pág. 111).

Así tenemos que:

CUADRO 18

CAUSAS POR LAS QUE LOS ESPOSOS DE LAS MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA DE LOS MODULOS I Y VII ZITACUARO, ESTAN DE ACUERDO CON LA UTILIZACION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS.

C A U S A S	Fo.	%
PARA ESPACIAR A LOS HIJOS	30	38.9
FALTA DE RECURSOS ECONOMICOS	23	29.9
NO DESEA TENER MAS HIJOS	18	23.4
PROBLEMAS DE SALUD	6	7.8
T O T A L	77	100

FUENTE: Misma del cuadro 2.

Al hablar de las causas por las que los esposos están de acuerdo en la utilización de métodos anticonceptivos, tenemos lo siguiente: un 38.9% desea espaciar a los hijos, un 29.9% no tiene recursos económicos suficientes, el 23.4% no desea tener más hijos y el 7.8% por problemas de salud.

A pesar de que hay un 41.8% de la población total en la que los hombres están de acuerdo en el uso de métodos para la planificación familiar, realmente las mujeres se niegan a utilizarlos por causas como las mencionadas en los cuadros 14 y 17.

Lo anterior refleja como las madres de familia en este caso, son las que rehusan la utilización de los métodos para el control de la natalidad ya que no tiene nada que ver con la opinión del esposo. (ver cuadro 18, pág. 113).

A continuación nos referimos a los esposos que no están de acuerdo con la anticoncepción.

CUADRO 19

CAUSAS POR LAS QUE LOS ESPOSOS DE LAS MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA DE LOS MODULOS I Y VII ZITACUARO, NO ESTAN DE ACUERDO CON LA UTILIZACION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS.

C A U S A S	Po.	%
AFFECTAN LA SALUD	71	66.5
NUNCA HAN HABLADO DE PLANIFICACION FAMILIAR	13	12.1
ES PECADO UTILIZARLOS	9	8.5
EL HOMBRE ES EL QUE MANTIENE LA CASA	8	7.4
DESEAN TENER MAS HIJOS	4	3.7
NO HAN TENIDO HIJOS	2	1.8
T O T A L	107	100

FUENTE: Misma del cuadro 2.

Las causas son: un 66.5% argumenta que afecta la salud, el 12.1% nunca ha platicado sobre el tema, el 8.5% nos dice que es pecado utilizarlos, el 7.4% refiere que es él quien mantiene la casa, el 3.7% desea tener más hijos y el 1.8% no ha tenido descendientes.

Gally Esther nos menciona en su libro "Sexualidad Humana y Planificación Familiar" el rol social del hombre, en el cual vemos que la sociedad le ha exigido mucho, pues debe triunfar en aspectos académicos, económicos, atletica, social y sexualmente; siempre debe ser fuerte física y emocionalmente, por lo que pasa la mayor parte de su vida comprobando su masculinidad, este concepto repercute en el comportamiento del varón ya que él siempre toma las decisiones en los sucesos más importantes en la pareja.

Lo dicho con anterioridad confirma una vez más el control del esposo sobre la mujer, hecho que es claramente observado en las comunidades. (ver cuadro 19, pág. 115).

3. CONCLUSIONES

Uno de los principales motivos que nos llevo a la realización de esta investigación fue que, en el estado de Michoacán existe una tasa elevada de natalidad y un Programa de Planificación Familiar que se lleva a cabo desde hace algunos años y que a pesar de ésto el problema de natalidad sigue siendo uno de los principales por atender.

Esto nos hizo pensar que la población de la comunidad tiene una ideología característica y particular que hace que la "anticoncepción" sea un tema difícil de comprender y asimilar para ella.

Los factores que influyen para que se de este fenómeno son:

- El nivel educativo: tiene una gran influencia para la aceptación de métodos anticonceptivos. ya que, entre menor nivel educativo poseen las mujeres, más se niegan a utilizarlos.

- Inicio de vida sexual activa: cuando la mujer se casa a temprana edad, es más factible que tenga un elevado número de hijos, debido a que por su edad, generalmente no cuenta con los conocimientos necesarios para comprender la responsabilidad como padre de familia para educar, vestir, alimentar y recrear a los hijos.

Factores socioculturales: entre éstos citamos los siguientes: influencia de familiares y población en general, costumbres, tradiciones, ocupación del esposo y creencias religiosas que orillan a un comportamiento condicionado a las mujeres de las comunidades. Por ejemplo la obediencia al marido, suegra y la madre o miedo a ser criticada por romper las reglas establecidas en su hogar y comunidad.

Edad de las mujeres: ésta la relacionamos directamente con la aceptación en el uso de métodos anticonceptivos, pues entre más edad tenga la esposa, mayor es el rechazo hacia los métodos, debido a que ya tienen una ideología formada y es difícil hacerlas cambiar.

- Conocimientos sobre métodos anticonceptivos: el conocimiento respecto al tema que poseen las mujeres, es falso y/o distorsionado por lo que, rechazan los métodos.

Y lo que se encontró al término de la investigación fue:

Que un número importante de mujeres jóvenes (20 a 39 años de edad) no utilizan métodos anticonceptivos, lo que es preocupante, ya que es precisamente esta edad la ideal para la reproducción.

Por otro lado lo que se encontro en cuanto a educación fue lo siguiente:

La población estudiada cuenta con nivel escolar bajo ya que, la mayoría sólo cursó algún grado de primaria o inclusive algunas son analfabetas y esto se debe a que los padres les inculcan ideas en donde les dicen que ellas van a depender del marido y sus actividades se van a limitar a: tener y cuidar hijos, realizar los quehaceres de la casa y atender al marido, por lo tanto la mujer piensa que no requiere un alto grado de escolaridad.

Por lo anterior, concluimos que entre menor nivel escolar tiene la población, es más difícil la aceptación de métodos anticonceptivos.

Se encontro también que la principal ocupación de la mujer es el hogar y pocas son las que realizan alguna actividad lejos de él, pues se ven afectadas por la crítica de su familia y la sociedad, así mismo en lo que se refiere al hombre, generalmente se dedican a la agricultura y la cria de ganado, las cuales son una tradición familiar y donde no se les exige un elevado nivel escolar, lo que repercute en la ideología de la pareja respecto a la anticoncepción, ya que consideran que causa problemas graves

de salud y degradan la masculinidad.

Aspecto muy importante, es que un número elevado de mujeres inicien su vida sexual activa antes de los veinte años, por lo que se considera que no están suficientemente preparadas para tomar decisiones importantes en el matrimonio como procrear y educar a los hijos, además de que existe una gran influencia familiar, pues si una mujer no se casa joven se dice que es una "quedada", por otra parte tratar de igualar la cantidad de hijos que su madre tuvo, lo cual, confirmamos con lo siguiente:

Un elevado porcentaje de madres de familia tiene cinco hijos o más y generalmente son las que se encuentran entre los treinta y cuarenta y cuatro años de edad, por lo que no escapan al concepto de "paridoras y educadoras" de los hijos, el cual se les ha dado a través del tiempo.

Tiene gran relevancia el concepto que la madre le da a los hijos, y así tenemos que los considera como fuerza de trabajo y/o apoyo económico, éste nos da un idea bastante clara de el porque quieren tener un gran número de descendientes, ya que entre más miembros de familia, mayor será la ayuda a futuro y se confirma con el hecho de que aunque casi hay un porcentaje similar de las que no quieren

seguir teniendo hijos y las que si, ninguna hace el intento de planificar la familia ya que se verían afectadas por las críticas y reproches del marido, la familia y la sociedad; además de que están influenciadas por las creencias religiosas donde consideran pecado la anticoncepción.

A lo anterior, se le suma también que realmente no hay una decisión de pareja para tener a los hijos, ya que, generalmente no hay una planeación del embarazo y la pareja se limita a aceptar los hijos que puedan tener en su etapa reproductiva y es el hombre el que decide la cantidad de descendientes que quiere, debido a que le confiere la autoridad máxima de la familia, además de que él sostiene la casa y como a la mujer se le ha enseñado a ser dependiente, tiene que aceptar lo que su marido diga a pesar de que ella juega un papel importante en la procreación de los miembros de la familia.

Otro factor causante del rechazo a la utilización de métodos para el control de la natalidad, es que las señoras de las comunidades no tienen conocimientos sobre el tema y las que los tienen, la mayoría de las veces son erróneos; lo cual se debe en gran medida al lugar donde han escuchado los datos y por la persona que les han sido informados, ya que, la educación que reciben es en sitios poco apropiados, pues se imparte en reuniones informales en donde no se tiene

planteado y es por personas que no saben el tema, lo que da lugar a una información incompleta y/o distorsionada de la anticoncepción, hecho que se refuerza con la opinión que les inculca la religión donde se les dice que si utilizan los métodos cometen un pecado.

Y por último, tenemos que aunque aproximadamente la mitad del número de esposos no está de acuerdo con el uso de métodos para la planificación familiar, la otra mitad sí lo está y a pesar de esto, la mujer es la que se niega a utilizarlos por causas como: bajo nivel escolar, desconocimiento o información falsa del tema, ideología que le inculca la familia e influencia religiosa y social.

Analizando los aspectos que pensábamos encontrar y los que encontramos, tenemos que, realmente confirmamos cada uno de nuestros objetivos debido a que la información recopilada concuerda con lo planteado. En lo que respecta a la hipótesis, vimos como cada uno de los factores socio-culturales, la edad, los conocimientos sobre el tema y el inicio de vida sexual activa tienen íntima relación con la aceptación de métodos anticonceptivos en las mujeres de los módulos I y VII Zitácuaro; aunque, es importante mencionar que en lo que se refiere a la influencia del esposo pudimos constatar que a pesar de haber aproximadamente un 50% de

ellos que están de acuerdo en que su esposa utiliza los métodos, son ellas las que se niegan a hacerlo, por lo que en este grupo podemos descartar que sea el marido uno de los factores que influye en el rechazo hacia los métodos del control de la natalidad.

4. ALTERNATIVAS DE SOLUCION

De acuerdo a la situación encontrada proponemos lo siguiente:

1. Implantar un Programa de Educación para la Salud dirigido a niños de escuelas primarias y que contenga temas básicos como: anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino y femenino, cambios anatomofisiológicos durante la adolescencia, higiene personal y orientación nutricional.

Y a los alumnos de secundaria y padres de familia con los siguientes temas: anatomía y fisiología de aparato reproductor femenino y masculino, cambios anatomofisiológicos en la adolescencia, higiene personal, orientación nutricional, higiene de los alimentos, paternidad responsable, riesgo reproductivo, planificación familiar, métodos anticonceptivos y control prenatal. Además deberá ser desarrollado por personal capacitado para tal propósito.

2. Concientizar al personal de salud en la importancia que tiene la educación para la salud, con el fin de lograr un mejor nivel de vida en la población y mejorar la calidad de los servicios prestados.

3. Impartir cursos de actualización respecto a los temas básicos de educación para la salud al personal

interdisciplinario responsable de la atención para la salud.

4. Que el personal que trabaja en las comunidades, sea evaluado periódicamente en lo referente a los programas llevados a cabo en su área de trabajo.

5. Capacitar y actualizar al personal docente de las escuelas primarias y secundarias en los temas básicos de educación para la salud.

A N E X O S

MUNICIPIO DE ZITACUARO, MICHOACAN 1991.



FUENTE: JURISDICCION SANITARIA NO. 3 ZITACUARO MICHOACAN.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

SECRETARIA DE SALUD

ESCUELA NACIONAL
DE ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA

DIRECCION GENERAL
DE PLANIFICACION
FAMILIAR

Este cuestionario es aplicado unicamente con fines de investigación, relacionado con la aceptación de métodos anticonceptivos. Es por lo anterior que agradeceremos su colaboración y veracidad en las respuestas.

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: _____ Fecha: _____
Comunidad: _____ Domicilio: _____

Marque con una X o conteste brevemente, según sea el caso de cada pregunta.

1. - Edad (en años) _____

2. - ¿Hasta que grado estudio usted?

1º 2º 3º 4º 5º 6º

Otro _____ Especifique _____

3. - ¿A que se dedica usted?

Hogar _____ Campo _____ Obrera _____ Empleada _____

Comerciante _____

Otro _____ Especifique _____

11. ¿Ha escuchado alguna información sobre métodos anticonceptivos?

Sí _____ No _____ ¿En dónde? _____

Comunidad _____ Centro de Salud _____ IMSS _____ Iglesia _____

Casa de la Aux. de Salud _____ Otro _____

Especifique _____

12.- ¿Le han informado alguna vez sobre métodos anticonceptivos?

Sí _____ No _____

¿Quién?

Familiar _____ Enfermera o médico _____ Aux. de Salud _____

Sacerdote _____ Vecina _____ Otro _____

Especifique _____

13.- ¿Según su religión, ¿Que piensa de los métodos anticonceptivos?

Se deben utilizar _____

Sólo acepta algunos _____ ¿Cuáles? _____

No sirven _____

Afectan la salud _____

Es pecado utilizarlos _____

Otro _____ Especifique _____

14.- ¿Su esposo esta de acuerdo en la utilización de métodos anticonceptivos?

Si _____ No _____

¿Porque? _____

Nombre del Encuestador: _____

GLOSARIO

Albugíneo. Parecido o relativo a las tunicas blanquecinas de tejido fibroso que envuelve a ciertos órganos.

Anabolismo. Cualquier proceso constructivo mediante el cual sustancias simples se convierten por acción de células vivas en compuestos más complejos en especial, materia viva.

Anexitis. Inflamación de los anexos uterinos.

Azoospermia. Falta de espermatozoides en el semen. Vitalidad nula o deficiente de los espermatozoides.

Alcuarte. Amparo, defensa.

Cópula. Cualquier estructura o parte que conecta. Unión Atadura, ligamento. Unión sexual.

Dádiva. Cosa que se da gratuitamente.

Deferencia. Adhesión al dictamen o proceder ajeno, por respeto. Muestra de respeto o de cortesía.

Depauperar. Empobrecer. Debilitar, extenuar.

Dermatofitosis. Infección por hongos de la piel, o infección causada por un dermatofito; suele emplearse específicamente para designar la infección de la piel de los pies (tiña de los pies).

Dermatomicosis. Infección superficial de la piel o de las faneras por hongos. El hombre incluye la

dermatofitosis y diversas formas clínicas de tiña, al igual que infecciones micóticas profundas.

Detentan. Retener o no sin derecho lo que no le pertenece.

Dispareunia. Coito difícil o doloroso.

Encumbrado. Elevado, alto.

Equipara. Comprar una cosa con otra considerandolas iguales o equivalentes.

Fanegas. Medida. Aridos que equivalen a 1.55 litros y medio. De tierra, medida agraria que en castilla equivale a 64 áreas (6 600 m²).

Ferropiriva. Que tiene carencia de hierro.

Fibrosis. Formación de tejido fibroso, degeneración fibroide o fibrosa.

Guisante. Planta papilionácea con fruto en vaina, que contiene diversas semillas esféricas.

Habichuela. Judía, planta.

Hóstil. Contrario, enemigo.

Huestes. Ejército de campaña. Conjunto de secuaces.

Macrófago. Cualquiera de las grandes células mononucleares muy fagocíticas con núcleo pequeño, oval y a veces indentado y nucleolos casi imperceptibles, que se encuentran en las paredes de los vasos sanguíneos (células adventicias) y en el tejido conjuntivo laxo. Estas células, derivadas de los monocitos, son componentes del sistema retículo-

endotelial y suelen ser inmóviles (macrófagos fijos, células errantes en reposo), pero cuando se estimulan por inflamación se vuelven activamente móviles (macrófagos libres, histiocitos errantes). Los macrófagos interactúan también con los linfocitos B y T para facilitar la producción de anticuerpos.

Mesovario. Pliegue peritoneal que conecta al ovario con el ligamento ancho.

Neutrófilo. Leucocito granuloso que tiene un núcleo con tres a cinco lóbulos conectados por tiras delgadas de cromatina y citoplasma con gránulos finos poco notables; los neutrófilos tienen como propiedades quimiotaxia, adherencia a complejos inmunitarios y fagocitosis.

Oxitocina. Parto rápido.

Oxitócico. Perteneciente a la oxitocina, caracterizado por ella o que la fomenta. Agente que acelera la evacuación del útero al estimular las contracciones miométriales.

Oxiuriasis. Infección por *enterobius vermicularis* (en el hombre) o por otros oxiúricos. Enterobiasis.

Plazo. Redecilla o maraña; término general de nomenclatura anatómica, con el cual se designa una redecilla de vasos linfáticos, nervios o vetas.

Polimorfonucleares. Que tiene un núcleo muy lobulado o tan dividido que parece ser múltiple.

Renuente. Indócil, remiso

Saña. Furor. Intención rencorosa.

Serotonina. Vasoconstrictor que se encuentra en diversos animales, desde celenterado hasta vertebrados, en las bacterias y muchas plantas. En el hombre la liberan las plaquetas y se encuentra en grandes concentraciones en muchos tejidos corporales incluso mucosa intestinal, cuerpo pineal y sistema nervioso central.

Sitiador. Aplicase al que sitia una plaza o fortaleza.

Sitiar. Cercar una plaza o fortaleza.

Subjetiva. Perteneciente o relativo al sujeto. Relativo a nuestro modo de pensar o de sentir y no al objeto en si mismo.

Tónico. Que produce y restablece el tono normal. Que se caracteriza por tensión continua.

Tortuoso. Torcido. Lleno de vueltas y torceduras.

Triptófano. Aminoácido que se encuentra en las proteínas de las cuales se libera por digestión triptica, es esencial para el crecimiento óptimo de lactantes y para el equilibrio del nitrógeno del adulto. Es un precursor de la serotonina.

Vestíbulo. Espacio o cavidad a la entrada de un conducto.

Zuavo. Soldado argelino, al servicio de Francia.

BIBLIOGRAFIA

- CATHERINE PARKER, Anthony. Anatomía y Fisiología. 10a, Ed. México. Edit. Interamericana. 1983. 724 p.
- CORREA PEREZ, Genaro Zitácuaro. México, D.F. Ediciones y distribuciones, S.A. 1986. 95 P.
- DEXEUS TRIAS DE BES, C. Anticoncepción. 2a. Ed. España Edit. Salvat. 1989. 233 p.
- EDITORIAL MCGRAW HILL. Diccionario enciclopédico de las ciencias médicas. 4a. Ed. México. Edit. McGraw Hill. 1985. 1532 p. 5 Vol.
- EDITORIAL INTERAMERICANA. Diccionario enciclopédico ilustrado de medicina Dorland. 2a, Ed. trad. por el Dr. Santiago Sapiña Renard. México, D.F. Edit. Interamericana. 1986. 1711 p. 6 Vol.
- EDITORIAL EVEREST. Diccionario Everest lengua española. 7a, Ed. León, España Edit. Everest. 1971. 1087 p.

EDITORIAL REI-MEXICO.

Diccionario manual lengua española sinónimos y antónimos. México. Edit. Rei-México. 1990. 268 p.

EDITORIAL SALVAT.

Diccionario médico Salvat. 3a, Ed. México. Salvat Editores S.A. 1990. 730 p.

EICHER, W.

Sexualidad normal y patológica de la mujer. 2a, Ed. España. Edit. Morata. 1978. 351 p.

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Guadern de texto a la investigación. 2a, Ed. México. UNAM. 1999. 97 p.

GALLY, Esther.

Sexualidad humana y planificación Familiar. 2a, reimpresión. México. Edit. Pax-México. 1986. 190 p.

GARCIA, Ramón.

Diccionario Larousse de la lengua española. México. Ediciones Larousse. 1982. 639 p.

GUITRON FUENTEVILLA, Julian.

Tesis. México. Promociones Jurídicas y Culturales. 1981. 288 p.

HIGASHIDA HINOSE, Bertha.

Ciencias de la salud. México, D.F. Edit. McGraw-Hill. 1987.

- 461 p.
- INEGI. Censo. México. 1990.
- JONES KENNETH, Lester. Sexualidad Humana. 3a, reim-
presión. México. Edit. Pax-
México. 1983. 291 p.
- LEVIN, Jack. Fundamentos de estadística en
investigación social. 2a, Ed.
México. Edit. Harla. 1979.
305 p.
- MEXICO: SECRETARIA DE SALUD,
DIRECCION GENERAL DE PLANI-
FICACION FAMILIAR. Actualización en métodos anti-
conceptivos. México. 1993.
74 p.
- MEXICO: SECRETARIA DE SALUD,
DIRECCION GENERAL DE PLANI-
FICACION FAMILIAR. Cuaderno técnico de planifica-
ción familiar no. 12. México.
1991. 365 p.
- MEXICO: SECRETARIA DE SALUD,
DIRECCION GENERAL DE PLANI-
FICACION FAMILIAR. Manual de normas y procedi-
mientos operativos para el
programa de planificación
familiar. México. 1992. 86 p.
- MEXICO: SECRETARIA DE SALUD. Estrategia de Extensión de
Cobertura. México, D.F. 1991.
- MEXICO: SECRETARIA DE SALUD. Sistema de información de la
Estrategia de Extensión de
Cobertura. México. 1990. 94 p.

- MICHOACAN: SERVICIOS COORDINADOS DE SALUD PUBLICA JURISDICCION SANITARIA NO. 3 Programa de Estrategia de Extensión de Cobertura. 1992.
- MICHOACAN: SERVICIOS COORDINADOS DE SALUD PUBLICA. Estrategia de Extensión de Coahuila. 1992.
- MONDRAGON CASTRO, Héctor. Ginecología. México. Edit. Trillas. 1936. 478 p.
- NEVILLE F., Hacker. Compendio de ginecología y obstetricia. trad. José María Díaz Blasco. México, D.F. Edit. Interamericana. 1989. 598 p.
- ROJAS SORIANO, Raúl. Guía para realizar investigaciones sociales. 1a, Ed. México. UNAM. 1981. 273 p.
- TAMAYO TAMAYO, Mario. El proceso de la investigación científica. 2a, Ed. México. Edit. Limusa. 1987. 161 p.
- TAMAYO TAMAYO, Mario. Metodología formal de la investigación científica. 5a, reimpresión. México. Edit. Limusa. 1992. 159 p.
- TEJEDA ANDRADE, Jesús. Zitácuaro. Michoacán. 1978. 101 p.

FORTORA, Gerard J.

Principios de anatomía y
fisiología. 3a, Ed. México.

Edit. Harla. 1984. 1034 p.

ZITACUARO: DEPARTAMENTO
DE SERVICIOS REGIONALES.

1994.

ZITACUARO: INSTITUTO
FEDERAL ELECTORAL.

1994.

ZITACUARO: JEFATURA
FEDERAL DE HACIENDA Y

1994.

CREDITO PUBLICO.

ZITACUARO: JURISDICCION

1992.

SANITARIA NO. 3.