



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DECISION
DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL UNIDAS DE CUATRO
COMUNIDADES DEL MODULO III, JURISDICCION SANITARIA
No. VI LA PIEDAD MICHOACAN, PARA NO ACEPTAR LOS
METODOS ANTICONCEPTIVOS BRINDADOS POR LA AUXILIAR
DE SALUD.

T E S I S G R U P A L

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A N
ESPINOZA CHAVEZ MARIA ELENA
VILLEDA RIVAS BLANCA ESTELA



MEXICO, D. F.

U. N. A. M.
ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

COORDINACION DE SERVICIO
SOCIAL Y OPCIONES TERMINALES
DE TITULACION

1994

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

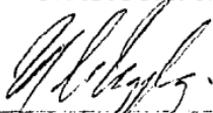
	Pág.
INTRODUCCION	
I IDENTIFICACION DEL PROBLEMA	5
II JUSTIFICACION	7
III OBJETIVOS	9
IV MARCO TEORICO	10
1. Comunidad	13
2. Estrategia de Extensión de Cobertura	21
3. Anatomía y Fisiología del Aparato Reproductor Femenino	31
4. Anatomía y Fisiología del Aparato Reproductor Masculino	43
5. Planificación Familiar	51
6. Métodos Anticonceptivos	57
V METODOLOGIA	83
VI RESULTADOS	85
VII ANALISIS DE RESULTADOS	89
VIII CONCLUSIONES	97
IX SUGERENCIAS	99
BIBLIOGRAFIA	
ANEXOS	

Anexo 1 Mapa de la Jurisdicción Sanitaria No. VI La Piedad, Michoacán

Anexo 2 Cuestionario

Anexo 3 Cuadro No. 1 al Cuadro No. 18

Asesor Académico



Ma. Cristina Müggenburg R.V.

INTRODUCCIÓN

A mediados de la década de los sesenta se reflexiona seriamente sobre los resultados que el alto crecimiento poblacional representaría para un mayor y mejor desarrollo de la sociedad. Es así, que a partir de 1976 entra en vigor la Ley General de Población en la que se ubica a los programas de Planificación Familiar, en el contexto de las políticas de bienestar social, actuando fundamentalmente en los campos de la salud, la educación, la protección de la familia y en especial de la madre y el niño.¹

Otro aspecto interesante a considerar es que en México existe desde la década de los setenta una enérgica y firme política del Estado para promover y fomentar la Planificación Familiar por considerarla como un ingrediente indispensable dentro del Plan Nacional de Desarrollo. Las instituciones del sector público han tomado como una responsabilidad al programa de Planificación Familiar y le han asignado recursos especiales para cumplir con tal responsabilidad. En la actualidad el sector público tiene bajo su cobertura al 70% de las parejas que practican la anticoncepción, pero se predice que tal proporción se modificará en el futuro y aumentará notablemente la participación del sector privado esto tiene implicaciones financieras y económicas, ya que solo en material anticon-

¹ CONAPO. *Programa Nacional de Población*. 1989-1994.

ceptivo (hormonales, DIU y condones) se gastan en la actualidad aproximadamente 10 mil millones de pesos al año sin incluir el costo de los servicios profesionales del personal de salud y el Sistema Nacional de Salud.²

Los resultados hasta ahora alcanzados señalan la existencia de 9.5 millones de parejas usuarias en el programa de Planificación Familiar hacia 1993.³ Sin embargo debe señalarse que los logros no han sido homogéneos desde el punto de vista social y geográfico, debido a las diferentes características socioeconómicas y culturales de los distintos grupos de la población. Encontrándose que la prevalencia contraceptiva en el área rural es menor que en la urbana.

En México existen cerca de 156 000 localidades rurales de las cuáles 13 465 son entre 500 y 2 500 habitantes. La Secretaría de Salud (SS) tiene la responsabilidad de atender a la población abierta del país, la mayor parte de ella habita en el área rural, en localidades menores de 2 500 habitantes que se encuentran diseminadas en zonas geográficas de difícil acceso y por ello se le considera como población rural dispersa.

Para atender a esta población, la Secretaría de Salud creó en 1985 la Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC), como una herramienta para llevar servicios básicos de salud; entre ellos la Planificación Familiar, para así procurar y mejorar el bienestar social.

La Estrategia de Extensión de Cobertura se compone de las Auxiliares de Salud, Supervisoras de Auxiliares de Salud y los Coordinadores Médicos Jurisdiccionales. El esquema operativo consiste en la interacción entre un Coordinador que conduce las actividades de cuatro Supervisoras de Auxiliares de Salud, y cada una de éstas tiene a su cargo diez Auxiliares de Salud.

² Secretaría de Salud, Dirección General de Planificación Familiar. *Los Métodos Anticonceptivos y Los Procedimientos Naturales*. México, 1993, pp. 6-7.

³ Salinas de Gortari, Carlos. *Cuarto Informe de Gobierno*. Noviembre, 1992.

La Auxiliar de Salud representa la base de la estructura operativa de la Estrategia de Extensión de Cobertura y es seleccionada y propuesta para este cargo por el comité de salud de la propia comunidad.⁴

Es a través de la Auxiliar de Salud que se brindan servicios básicos de salud a la población, pensando en ella se planean e implementan acciones informativas, educativas y programas de Planificación Familiar que dicha población no acaba de aceptar. Ante esto nos preguntamos cual será la razón de este rechazo ya que podemos valorar que la Planificación Familiar representa un facilitador para mejorar la vida de las familias rurales que viven en condiciones de pobreza y miseria exacerbada, que elevan los riesgos de morbi-mortalidad, además consideramos que planeando su familia mejoran su situación económica, afectiva y social. Opinamos que la Planificación familiar no es la solución de sus problemas pero es una opción para cambiar hasta donde sea posible la situación en la que viven.

El trabajo que aquí se presenta contiene diferentes apartados en los cuales se ha buscado fundamentar el tema de la investigación en el primer apartado se trata la identificación del problema, justificación y los objetivos.

En segundo término se encuentra el marco teórico en el que se tratan aspectos básicos que facilitan la comprensión de diversos temas utilizados a lo largo de este trabajo y elementos que nos permitieron fundamentar teóricamente la problemática presentada; a fin de proponer soluciones a la misma. Entre los temas que se abordaron se encuentran: Comunidad, Organización y Estructura de la misma, Aspectos Generales sobre la mujer en la comunidad rural; antecedentes históricos de la Estrategia de Extensión de Cobertura; Anatomía y Fisiología del aparato reproductor femenino y masculino y por último se tratan la Planificación Familiar así como los Métodos Anticonceptivos.

⁴ Secretaría de Salud. Dirección General de Planificación Familiar. *Estrategia de Extensión de Cobertura*. México, 1992 pp. 8

Posteriormente se describe la metodología en forma detallada, por último se indican los resultados los cuales nos permiten tener los elementos necesarios para lograr su análisis, esto nos lleva a establecer conclusiones y sugerencias.

IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El programa de Planificación Familiar, que está contemplado dentro de la Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC), se ha visto con diversas limitaciones de aceptación por parte de la población rural a quién va dirigido.

La encargada de llevar a cabo este programa dentro de la comunidad es la Auxiliar de Salud, por supuesto que ella es originaria de la misma; pero nos damos cuenta que la asistencia de usuarias a dicho programa es escasa y los índices de natalidad dentro del estado de Michoacán siguen en aumento.

Si consideramos que la Planificación Familiar es un instrumento para proporcionar una salud reproductiva definida como la forma de: a) regular la fertilidad, b) asegurar que los embarazos y partos transcurran sin complicaciones, c) disminuir la mortalidad neonatal, d) impedir embarazos no deseados y e) evitar los embarazos de alto riesgo.⁵

⁵ S.S.A. Dirección General de Planificación Familiar. *Los Métodos Anticonceptivos y los Procedimientos Naturales*. pag. 5.

Resulta paradójico que la mujer del campo después de saber todos los beneficios que le proporciona la Planificación Familiar no se conciente de ello. Por lo tanto nosotros nos cuestionamos:

¿Cuales pueden ser las razones del rechazo al programa de Planificación Familiar por parte de las mujeres en edad fértil unidas de cuatro comunidades que pertenecen al módulo III jurisdicción sanitaria No. VI, La Piedad, Michoacán?

JUSTIFICACIÓN

Los estudiantes egresados de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO), gracias al convenio realizado entre la Secretaría de Salud (SS), Dirección General de Planificación Familiar (DGPF) y la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), tienen la oportunidad de efectuar el servicio social en el programa de Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC), es decir en comunidades rurales dispersas dentro de las cuales se cuenta con una Auxiliar de Salud (AS) siendo ella quien proporciona los servicios básicos de salud a la población. Dicha AS es capacitada por personal de la Secretaría de Salud y la colaboración de los pasantes en servicio social de la ENEO, la capacitación impartida es de carácter formal e informa, siendo esta última continua y en servicio.

En el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos se considera que la Planificación Familiar "Es el derecho que tiene toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos"⁶

⁶ *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Talleres Gráficos de la Nación. México. pág. 24.

Para conseguir lo anterior es necesario promover los métodos anticonceptivos que son los que brindan la mayor seguridad, eficacia y continuidad para ello es importante que el prestador del servicio de salud conozca los aspectos médicos y paramédicos de los anticonceptivos a fin de que ofrezca una consejería correcta acerca de las diferentes modalidades, pero siempre con absoluto respeto a la ideología de la pareja en la que incluyan los factores tradicionales, religiosos y culturales.

Por lo anterior se decidió conocer las características y conocimientos de la población susceptible de hacer uso de los programas de Planificación Familiar, las características de las Auxiliares de Salud y la apreciación que tiene la población de este grupo para abordar el problema en estudio.

OBJETIVOS

General:

Conocer los factores que intervienen en la decisión de las mujeres en edad fértil unidas, para que no acepten con facilidad los Métodos Anticonceptivos que les proporciona la Auxiliar de Salud.

Específicos

— Identificar las características personales que impiden a las mujeres tomar un Método Anticonceptivo.

— Detectar si las mujeres tienen los conocimientos esenciales para llevar a cabo la Planificación Familiar.

— Identificar el grado de aceptación de la Auxiliar de Salud por su comunidad.

— Detectar si la orientación que hace la Auxiliar de Salud sobre los Métodos Anticonceptivos es la adecuada.

MARCO TEORICO

1. COMUNIDAD

1.1 Concepto de comunidad

1.2 Organización de la comunidad

1.3 Estructura de la comunidad

1.4 La mujer en la comunidad rural

2. ESTRATEGIA DE EXTENSIÓN DE COBERTURA

2.1 Antecedentes

2.2 Concepto

2.3 Objetivos

2.4 Estructura

2.5 Funciones y perfiles de la estructura operativa

2.6 Actividades

2.7 Capacitación

2.8 Supervisión

2.9 Información y evaluación

3. ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

3.1 Ovarios

3.2 Tubas uterinas

3.3 Utero

3.4 Vagina

3.5 Vulva

3.6 Glándulas mamarias

4. ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL APARATO REPRODUCTOR MASCULINO

4.1 Testículos

4.2 Escroto

4.3 Vías espermáticas

4.4 Conducto deferente

4.5 Vesículas seminales

4.6 Conductor eyaculador

4.7 Pene

4.8 Próstata

4.9 Glándulas de Cowper

5. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

5.1 Concepto

5.2 Importancia y beneficios

6. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

6.1 Concepto y clasificación

6.2 Anticonceptivos hormonales orales

6.3 Anticonceptivos hormonales inyectables

6.4 Preservativo (condón)

6.5 Dispositivo intrauterino (DIU)

6.6 Métodos naturales

6.6.1 Abstinencia periódica (ritmo)

6.6.2 Temperatura basal

6.6.3 Coito interrumpido (retiro)

6.7 Salpingloclasia (Oclusion Tubaria Bilateral (OTB)

6.8 Vasectomía

6.9 Perspectivas en anticoncepción

COMUNIDAD

Concepto

Comunidad. "Es un grupo social determinado por límites geográficos y/o valores e intereses comunes. Sus miembros se conocen e influyen mutuamente".⁷

Comunidad. "La comunidad es una agrupación organizada de personas que se perciben como unidad social, cuyos miembros participan de algún rasgo, interés, elemento, objetivo o función común, con conciencia de pertenencia, situados en una determinada área geográfica en la cual la pluralidad de personas interaccionan más íntesamente entre sí que en otro contexto".⁸

Comunidad. "Un grupo de personas que tienen los mismo intereses u organización, o que conviven en un mismo lugar regido por las mismas

⁷ Porteriel, Daniel. *La salud de la comunidad*. Ed. Omega. México, D.F. 1967. pág. 7.

⁸ Ander-Egg, Ezequiel. *Metodología y Práctica del Desarrollo de la comunidad*. Ed. "El Ateneo". México, 1991. pág. 45.

leyes; una congregación que vive en un mismo hogar bajo condiciones similares.

Analizando estas definiciones de comunidad podemos extraer ciertos elementos universales de una comunidad:

- Grupos de población organizados,
- Convivencia en una zona definida,
- Integración por experiencias comunes y conducta similar
- Conciencia de unidad local;
- Sentido de pertenencia;
- Capacidad de actuar en forma grupal.

“ Por otro lado las diferencias entre las comunidades; aún dentro de una misma sociedad; se establecen por diferentes motivos: grupo étnico, cultura o subculturas, hábitat, grado de desarrollo social y estructura de la comunidad.

Por lo tanto cada uno de nosotros está inmerso en una sociedad que posee una cultura particular, la cual comparte ciertas similitudes con otras, una cultura establecida aún desde antes de nacer. En ella hemos vivido y hecho nuestra ideología dominante, ya que para poder sobrevivir en una sociedad el individuo requiere de esta introspección de su cultura, la cual se lleva a cabo gracias a la socialización que no es otra cosa que un proceso de aprendizaje por el que la tradición cultural humana es pasada de generación en generación”.⁹

⁹ Aguilar, Cillali, *Textos y pretextos. Once estudios sobre la mujer*, pág. 43.

ORGANIZACION DE LA COMUNIDAD

La forma más simple de organización de la comunidad para el bienestar es cuando un grupo de ciudadanos reconoce la existencia de una necesidad en su ambiente de vida y se une organizadamente para solucionarla. Cuando la comunidad identifica sus necesidades y objetivos, los clasifica u ordena, desarrolla confianza y voluntad para trabajar por ellos, encuentra recursos (internos o externos) para afrontarlos, emprenden acciones cooperativas. En este proceso, la capacidad de la comunidad para funcionar como una unidad integrada crece a medida que ésta se ocupa de uno o más problemas que la conciernen. Este proceso puede ser consciente o inconsciente; surge como resultante entre individuos y grupos de la comunidad, frente a problemas que les afectan.¹⁰

La organización dentro de la comunidad debe ser social, económica, política y religiosa, abarcando estos cuatro puntos tendremos una visión más amplia sobre el tipo de organización y desarrollo integral. Los aspectos más importantes que se deben conocer son los siguientes:

¹⁰ Hernán San Martín. *Salud y Enfermedad*. pág. 722.

1. Organización social. Descripción y análisis de los diferentes grupos existentes en la comunidad, las clases sociales los grupos étnicos y los grupos laborales.

2. Organización económica. Características generales de la población activa que desempeña funciones dentro de la organización económica; niveles de remuneración; significado del trabajo para las diferentes clases; organización de los sectores económicos; instituciones económicas.

3. Organización política. Descripción de las instituciones política y administrativas, actividad pública, actitudes y conducta de los habitantes con respecto al gobierno e instituciones de la comunidad; formación de la opinión pública (prensa, radio, televisión); distribución ideológica de la población en sus diferentes estratos; seguridad pública y delincuencia.

4. Organización religiosa. Organización de la iglesia, distribución de los habitantes según su religión; actitudes religiosas en los distintos grupos de la población.¹¹

Todo lo anterior es importante, pero hay que tener presente que los seres humanos son los medios activos de producción de riqueza; son los elementos insustituibles para organizar la comunidad con fines de elevación del nivel de vida, y las fuerzas que guían las pautas o normas acordes con los patrones culturales de la misma.

¹¹ Rosendo Escalante Fortón. *Investigación Organización y Desarrollo*. p. 85.

ESTRUCTURA SOCIAL DE LA COMUNIDAD RURAL

La comunidad sobre todo la rural, se caracteriza por las relaciones cara a cara de los miembros. En el hogar la mujer y sus hijos, dependen en mucho aspectos del padre; de como solucione las necesidades y problemas, y a la inversa el padre espera que su mujer e hijos se comporten de manera adecuada. Por lo tanto cada individuo forma parte de una serie de hecho que siempre se efectúan en una comunidad.

Una estructura social está compuesta por instituciones, éstas forman el armazón de las interrelaciones e interacciones. De acuerdo con sus funciones las instituciones pueden agruparse en órdenes. Estos son conjuntos de instituciones que están dirigidas a fines similares y pueden variar en tamaño o en forma de reclutamiento. Según Hane Gerth y C. Wriht Mills, una estructura social está compuesta por cinco órdenes institucionales, y a continuación se mencionan:

a) El orden político se compone de las instituciones en las cuales los hombres adquieren, ejercen o influyen en la distribución del poder y autoridad dentro de las estructuras sociales.

b) El orden económico se compone de los establecimientos mediante los cuales los hombres organizan el trabajo, los recursos y los instrumentos técnicos, con el objeto de producir bienes y servicios.

c) El orden militar se compone de las instituciones en las cuales los hombres organizan la violencia legítima y supervisan su aplicación.

d) El orden familiar se compone de las instituciones que regulan y facilitan el comercio sexual legítimo, la procreación y la primera educación de los hijos.

e) El orden religioso se compone de las instituciones en las cuales los hombres organizan y supervisan el culto colectivo de dios o deidades.¹²

Estas órdenes serán más o menos autónomos según las sociedades. Aparte de los fines centrales de los órdenes institucionales, hay un fin general, esto es el control social, en el cual se establecen normas que son acatadas por la comunidad. Las costumbres son pautas de conducta basadas en una larga persistencia funcional, si las gentes se desvían de tales pautas son sancionados; la moda es un fenómeno social, también es un indicador de modernización o tradicionalismo, por último la ley es otro control social; puede ser formal cuando es establecida jurídicamente e informal cuando es habitual o mejor dicho convencional. Las leyes formales requieren de un cuerpo específico para sancionar, mientras que en las convencionales, cualquier miembro puede manifestar o expresar su crítica desaprobatoria.

Para la promoción del desarrollo de comunidad, debemos tratar de distinguir estos fenómenos sociales y dirigir nuestras actividades ya sea como promotores o como orientadores. Un hecho concreto asociado a este fenómeno social es la identificación de los líderes de la comunidad que son los que nos darían información acerca de su comunidad.

¹² Rosendo Escalante Fortón. *Investigación Organización y Desarrollo de la Comunidad*. p. 64.

LA MUJER EN EL MEDIO RURAL

La situación de la mujer que vive en el campo involucra toda una serie de factores en los que ella vive inmersa entregada al hogar y sus obligaciones concretándose a una vida quieta, empírica, sin dinamismo, sin aspiraciones que la liberen de la tutela social y de las tradiciones en las que ha permanecido sumida. Ante esta situación la mujer campesina no solo sufre los estragos de una situación económica difícil, también se mantiene en completa subordinación al sexo masculino. "La mujer campesina produce y reproduce; Lagarde señala al respecto que reproduce a los otros, a los seres vivos a través de la procreación.

Así mismo reproduce y transmite la cultura de generación en generación; patrones culturales que se repiten intensamente conduciendo con ello a la reproducción de una ideología enteramente patriarcal"¹³.

En un sociedad clasista y sexista como lo es la nuestra, el machismo persiste como elemento inherente a la vida familiar, si en la ciudad el machismo prevalece visiblemente, la cúspide del mismo lo encontramos en zonas rurales; de acuerdo con Lourdes Alvarado, el machismo es una relación social que ha permitido marcar dicotomías simplistas entre hom-

¹³ Lagarde, Marcela. Cautiverios de las mujeres: madre, esposas, monjas, puta, presas y locas. pág. 356.

bres y mujeres como son pensante-pasivo, reflexivo-indiferentes, luchador-sufrida, proveedor-ama de casa, inteligente-sensible, virtud-cultura natural.¹⁴

Al igual que en la ciudad el trabajo realizado por la mujer se tiene por natural sin valor; en el campo la mujer además de laborar en los quehaceres propios del hogar participa en las actividades agrícolas de temporal. De Ibarrola, cita que el 11% de la población total femenina del país se desarrolla en el sector agrícola.¹⁵

La sexualidad de la mujer campesina se expresa a través de la importancia primordial de la procreación como experiencia vital básica e indispensable. Desde pequeña se le educa y se le prepara para ser una buena esposa, no solo en el hogar, sino en la intimidad con el objeto de poder satisfacer al esposo. Es por ello que guarda su virginidad hasta el matrimonio.

La mujer campesina acepta resignadamente su situación económica adaptándose a las condiciones de vida que le dará su cónyuge.

El acceso a la educación en el campo es más difícil y hay más restricción para el sexo femenino, ya que la situación económica aunada a la cultura de la población condicionan un bajo nivel educativo en general pero más visible en el sexo femenino.

Por lo tanto para que puedan formarse generaciones libres y fuertes creemos que es necesario que la mujer obtenga una educación que le permita vivir independiente, buscando con ello la superación y así mismo transmita a los hijos una mentalidad diferente.

¹⁴ Alvarado, Lourdes. *El siglo XIX ante el feminismo*, pág. 123.

¹⁵ De Ibarrola, María. *Sociología de la educación*, pág. 145.

ESTRATEGIA DE EXTENSIÓN DE COBERTURA

Antecedentes

En los últimos 50 años el gobierno de la República ha realizado esfuerzos crecientes para atender a la población más desprotegida que generalmente habita en localidades pequeñas y alejadas, en virtud de que los asentamientos humanos dispersos del país dificultan la instalación de servicios de salud para satisfacer las necesidades de las comunidades rurales.

En México existen 154,016 localidades rurales, de las cuales 13,465 son entre 500 y 2,500 habitantes y 140,551 son menores de 500.

La Secretaría de Salud (SS) tiene la responsabilidad de atender a la población abierta del país, la mayor parte de ella habita en el área rural, en localidades menores de 2,500 habitantes que se encuentran diseminadas en zonas geográficas de difícil acceso y por ello se le considera como población rural dispersa.

Para atender a esta población, la SS creó en 1985 la Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC-SS), como una herramienta para llevar

servicios básicos de salud, entre ellos la Planificación Familiar, para así procurar y mejorar el bienestar social. Desde entonces se le encargo a la Dirección General de Planificación Familiar (DGPF) la normatividad, seguimiento y evaluación de la EEC-SS, mediante una coordinación con las autoridades estatales y la organización de la Jurisdicción Sanitaria.

Concepto

La EEC-SS es un conjunto de servicios de atención primaria a la salud diseñada para coadyuvar a la satisfacción de las necesidades básicas de los habitantes de las comunidades rurales dispersas.¹⁶

Objetivos

— Proporcionar servicios de Planificación Familiar y atención primaria a la salud de la población rural.

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

— Contribuir a formar una cultura de salud en la población rural a través de acciones educativas y preventivas.¹⁷

Estructura

La EEC-SS forma parte de la infraestructura de la SS en el nivel jurisdiccional y constituye el componente comunitario de atención para la salud de la población abierta.

El personal depende del jefe o Director de la Jurisdicción Sanitaria, al cual se vincula a través del o los Coordinadores Médicos jurisdiccionales de la EEC-SS formando el enlace entre los servicios institucionales de

¹⁶ Secretaría de Salud. Dirección General de Planificación Familiar. *Estrategia Extensión de Cobertura*. pp. 1-5.

¹⁷ Secretaría de Salud. Dirección General de Planificación Familiar. *Folleto informativo*. E.E.C. p. 8.

atención médica y el componente comunitario. La Jurisdicción Sanitaria tiene la responsabilidad de elaborar la programación local y la distribución de los insumos y materiales, así como de la ejecución, supervisión y evaluación de las actividades de la EEC-SS en cada uno de los módulos de atención comunitaria. Cada módulo se integra en promedio por 10 comunidades rurales dispersas y queda a cargo de una enfermera Supervisora de Auxiliares de Salud, quien tiene la responsabilidad de supervisar, capacitar y asesorar en servicio a la Auxiliar, así como dotarla de los recursos materiales para su trabajo.

La EEC-SS se compone de las Auxiliares de Salud, las enfermeras supervisoras y los coordinadores Médicos Jurisdiccionales. El esquema operativo consiste en la interacción entre un coordinador Médico Jurisdiccional que conduce las actividades de cuatro enfermeras supervisoras, y cada una de estas tiene a su cargo coordinar y apoyar el trabajo de 10 auxiliares de Salud. La Auxiliar de Salud representa la base de la estructura operativa de la EEC-SS, y es seleccionada y propuesta para este cargo por el comité de salud de la propia comunidad.

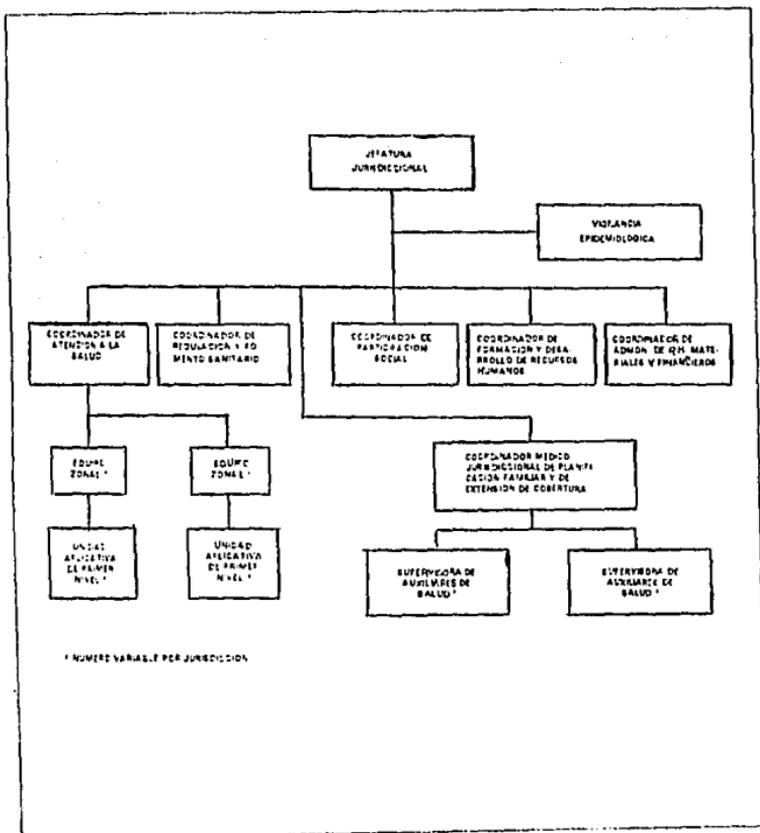
La Supervisora de Auxiliares de Salud es una enfermera que ha demostrado experiencia en el trabajo rural comunitario, principalmente en las áreas de capacitación y supervisión. La supervisora es el puente de unión entre las comunidades rurales y la estructura formal de servicios en la Jurisdicción Sanitaria. De su labor depende en buena medida el éxito de los programas de salud incorporados en la EEC-SS.

El Coordinador Médico Jurisdiccional es el soporte de la acción concentrada entre la EEC-SS y la jurisdicción sanitaria. A su vez es el responsable del seguimiento, control y realización de los programas distribuidos a través de la EEC-SS.

En la actualidad la EEC-SS cuenta con un Coordinador Nacional, 307 Coordinadores Médicos Jurisdiccionales, 1,210 enfermeras Supervisoras y 13,012 Auxiliares de Salud. En algunas entidades federativas se incrementa el número de personas en concordancia con los recursos financieros adicionales que se consiguen localmente.¹⁸

¹⁸ *Idem. op. cit*

Organigrama de la Jurisdicción Sanitaria



Tomada de: Secretaría de Salud. Estrategia de Extensión de Cobertura.
Folleto Informativo pp. 7.

Funciones y Perfil de la Estructura Operativa

Funciones del Coordinador Médico Jurisdiccional

La incorporación del Coordinador Médico Jurisdiccional representa un apoyo permanente para el personal operativo que labora en el ámbito comunitario y depende del Jefe de la Jurisdicción Sanitaria. Este médico tiene como principales características, una preparación técnico-administrativa en servicios básicos con salud para cumplir en forma óptima con las actividades asignadas. Las funciones fundamentales son programar, coordinar, dirigir, capacitar, supervisar, informar y evaluar las actividades en los componentes comunitario e institucional en el ámbito jurisdiccional.

Perfil del coordinador Médico Jurisdiccional

- 1) Médico cirujano titulado
- 2) Experiencia profesional en actividades de Planificación Familiar, mínima de un año.
- 3) Residencia en su jurisdicción.
- 4) Disponibilidad para viajar dentro del área de su jurisdicción sanitaria.
- 5) Interés en las actividades de Planificación Familiar y de Atención primaria a la salud.
- 6) Motivación para trabajar en áreas rurales.
- 7) Habilidad para: establecer buenas relaciones humanas, desarrollar iniciativas, tomar decisiones, y conducir grupos.

Funciones de la Supervisora de Auxiliar de Salud

En la EEC-SS la Supervisora de Auxiliares de Salud representa el enlace entre la Auxiliar de Salud y los servicios institucionales fortaleciendo de esta forma la cobertura de servicios de salud a la población rural.

La Supervisora de Auxiliares de Salud se ha definido como el personal de enfermería de nivel general, técnico o auxiliar, con experiencia en trabajo de campo en lo que se refiere a atención materno infantil y Planificación Familiar. Además con habilidades de supervisión y capacitación que le permitan desarrollar las actividades que se realizan en las localidades rurales bajo su responsabilidad.

Perfil de la supervisora de Auxiliar de Salud

- 1) Enfermera general, técnico o auxiliar.
- 2) Disponibilidad para viajar a las comunidades rurales que integran el módulo.
- 3) Experiencia en actividades de campo, supervisión y capacitación mínima de un año.
- 4) Residencia en las localidades que se selecciona cabecera de módulo.
- 5) Habilidad para a) establecer enlace entre las comunidades rurales y el componente institucional, b) Fincar una comunicación con líderes de la comunidad, c) identificar áreas problema a las cuales debe darse solución, d) proporcionar adiestramiento en servicio a la Auxiliar de Salud durante las visitas de supervisión.
- 6) Capacidad para a) programar, organizar y controlar con otros trabajadores de la salud, las actividades que se llevan a cabo en las comunidades rurales y b) proporcionar atención selectiva y referir a los usuarios de la Auxiliar de Salud cuando requiera atención en un nivel mayor.

Funciones de la Auxiliar de Salud

La Auxiliar de Salud es la persona que suministra los servicios básicos de salud y promueve medidas que mejoren las condiciones sanitarias.

Perfil de la Auxiliara de Salud

La selección de la Auxiliara de Salud se realiza en forma conjunta con la comunidad, lo que permite establecer los requisitos indispensables con base en las siguientes características: a) ser originaria o residente de la localidad rural, b) ser líder natural y participar en acciones en bien de la comunidad, c) mostrar interés por el trabajo que desarrollará en la comunidad, d) disponer de un tiempo mínimo de cuatro horas diarias para el desarrollo de sus actividades, e) ser propuesta por la comunidad para desempeñar el trabajo de Auxiliara de Salud, f) obtener un resultado satisfactorio de las entrevistas y del examen, g) tener una edad entre 20 a 45 años, h) preferentemente casada o haberlo sido, i) instrucción primaria o saber leer y escribir, y contar con el apoyo de su familia.

El trabajo fundamental de la Auxiliara de Salud es:

- Proporcionar servicios de Planificación Familiar y atención primaria a la salud de la población.
- Lograr la participación solidaria de la comunidad en la satisfacción de sus necesidades de salud.
- Contribuir a formar una cultura de salud a través de acciones educativas y preventivas.
- Mantener actualizado el censo nominal y el seguimiento de la vigilancia epidemiológica simplificada.
- Establecer coordinación con las autoridades locales para el desarrollo y realización de actividades comunitarias.

Actividades

La EEC-SS es precisamente una estrategia para llevar los servicios básicos de salud a las comunidades rurales apartadas y dispersas.

Para definir el universo de acción de la EE-SS en cada comunidad la Auxiliar de Salud y la enfermera supervisora efectúan anualmente el recuento de los habitantes de la localidad y su agrupación por edades y sexos, escolaridad, número de parejas y familias, e identificar a las mujeres embarazadas. Así mismo hace la descripción gráfica de la distribución de las viviendas de cada familia, los edificios públicos, accidentes geográficos y otros puntos de interés. En este croquis se marcan los hogares de las embarazadas, de los infantes menores de cinco años, de los niños con esquemas incompletos de vacunación, de las usuarias de Planificación Familiar, así como de los ancianos y de las personas enfermas o incapacitadas. El censo y el croquis sirven para que la supervisora y la auxiliar realicen su plan de trabajo llevándolo así a la ejecución. La EEC-SS constituye uno de los eslabores del Sistema de Vigilancia Epidemiológica Simplificada, instrumento que permite detectar oportunamente los riesgos para la salud, mediante un registro sencillo de notificación de los casos de enfermedad.

Las principales actividades que se realizan en la EEC-SS son:

- Inmunizaciones
- Agua limpia
- Nutrición adecuada
- Lactancia materna
- Planificación Familiar

- Prevención de enfermedades diarreicas
- Control de infecciones respiratorias agudas

Capacitación

Mediante la capacitación se proporciona información básica para que los servicios que se prestan sean de mejor calidad. La capacitación comprende tres modalidades: a) la formal, b) continua y c) en servicio.

Para cumplir la capacitación formal, los Coordinadores Médicos Jurisdiccionales, las Supervisoras y Auxiliares de Salud reciben la información e instrucción básica a través del curso de introducción al puesto. Se cuenta con diversos manuales de contenido educativo y paquetes didácticos. La capacitación en servicio la realiza la Supervisora mediante la asesoría a la Auxiliar de Salud que se da cuando se visita la comunidad, se le dan recomendaciones a la Auxiliar de Salud para el mejor desempeño de las atenciones. La capacitación continua se efectúa periódicamente, mediante información actualizada sobre las actividades de los programas de la EEC-SS y para ello la enfermera supervisora realiza reuniones con las Auxiliares de Salud de cada módulo.

Supervisión

La supervisión es una actividad primordial para lograr que los servicios de la EEC-SS tengan mayor calidad y calidez. Mediante la Supervisión se puede verificar el cumplimiento de las metas programadas, la aplicación de las normas y de los procedimientos operativos institucionales; asimismo, asegura la aplicación correcta de los recursos disponibles.

Las visitas de supervisión a la comunidad por la Supervisora son dos veces al mes, y por el Coordinador Médico Jurisdiccional es una vez al mes. La supervisión incluye la observación directa de las actividades de las auxiliares y su desempeño en la comunidad. La supervisión administrativa revisa la calidad de los registros en los calendarios de control.

Información y Evaluación

La EEC-SS cuenta con un sistema de información que permite evaluar de manera sistemática el desarrollo de las actividades y de esta forma, apoyar la toma de decisiones en los diferentes niveles responsables: modular, jurisdiccional, estatal y nacional. Este sistema de información es el SEIB, también se utiliza información de las visitas de supervisión en todos los niveles que permiten hacer un diagnóstico operativo de las actividades con el fin de implementar las líneas de acción que propicien un desarrollo eficiente del personal que participa en la Planificación Familiar.¹⁹

¹⁹ S.S.A. Estrategia de Extensión de Cobertura *Instrumento para proporcionar servicios básicos de salud a la población*. p.p. 7-21.

ANATOMIA Y FISIOLOGIA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

Los órganos genitales femeninos (Fig. 1) incluyendo los ovarios, en los que tiene lugar la formación de los óvulos; las tubas uterinas (trompas), que transportan los óvulos al útero (matriz), la vagina y los órganos externos que constituyen la vulva o pudendo femenina. A las mamas con sus glándulas mamarias también se les considera parte del sistema reproductor femenino.

Ovarios

Los ovarios son un par de cuerpos ovoides del tamaño de una almendra, situados en la parte superior de la cavidad pélvica, uno a cada lado del útero. Estos órganos conservan su posición por virtud de un conjunto de ligamentos. Están unidos al ligamento ancho del útero que es parte del peritoneo parietal, por un pliegue de peritoneo llamado mesovárico; al útero, por el ligamento ovárico propio (ligamento uterovárico), y a la pared pélvica por el ligamento suspensorio del ovario.

Además cada ovario presenta un hilio, que es el punto de entrada y salida de los vasos nerviosos.

Tubas Uterinas (Trompas de falopio)

El organismo femenino posee dos tubas uterinas que transportan el óvulo desde los ovarios hasta el útero. Las tubas que miden unos 10 cm. de longitud, se localizan entre los pliegues de los ligamentos anchos del útero. El extremo abierto en forma de embudo de cada tuba, al que se denomina infundíbulo, se sitúa cerca del ovario pero no está unido a él, y lo rodea un conjunto de prolongaciones digitiformes, las fimbrias tubáricas. Desde el infundíbulo la tuba uterina se extiende en sentidos medial e inferior hasta insertarse en la cara del útero.²⁰

Utero

El útero es un órgano hueco destinado a contener el huevo fecundado durante su evolución y a expulsarlo cuando éste ha alcanzado su desarrollo por completo está situado en la parte media de la excavación pélvica, entre la vejiga y el recto, por arriba de la vagina y por abajo de las asas intestinales. Tiene forma de un cono truncado y aplanado de adelante atrás, de base superior y de un vértice inferior. Presenta en la unión de su tercio inferior con sus dos tercios superiores, un estrechamiento circular llamado istmo que lo divide en una parte superior o cuerpo y una parte inferior o cuello.

Antes del primer embarazo, el útero de la mujer adulta mide unos 7.5 centímetros de longitud, 5 centímetros de ancho y 1.75 centímetros de grosor.

Las subdivisiones anatómicas del útero incluyen la porción en forma de domo situadas por arriba de las trompas uterinas a la que se denomina fondo de útero; la porción central, que es la de mayor tamaño y presenta forma ahusada, es el cuerpo del útero, la porción inferior abierta y estrecha, que comunica con la vagina, es el cérvix o cuello uterino. Entre

²⁰ Nicholas Anagnostakos y Gerard J. Tortora. *Principios de Anatomía y Fisiología*. pp. 915-919.

el cuerpo y el cuello se observa una región angosta, de un centímetro de longitud: el istmo del útero.

Al interior del cuerpo del útero se le denomina cavidad uterina, y al del cuello estrecho, canal del cuello uterino (cavidad cervical) La unión de la cavidad uterina y el canal del cuello uterino, presenta un orificio interno del útero, mientras que el orificio uterino (orificio externo del útero) es el punto en el que el cuello se comunica con la vagina.

Si se tiene en cuenta las inserciones de la vagina sobre el útero, se distinguirán en el cuello tres porciones: supravaginal, vaginal e intravaginal.

La porción supravaginal está en relación por delante con la vejiga por intermedio de tejido celular laxo; por detrás, se halla cubierta por el peritoneo y se pone en relación con el recto por intermedio del fondo de saco de Douglas. A los lados se relaciona con el borde interno del ligamento ancho y con las formaciones fibroconjuntivomusculares subperitoneales, así como con la arteria uterina y el uréter, que se cruzan a uno y medio centímetros por fuera de su borde.

La porción vaginal señala la inserción de la vagina en el cuello, que se hace en una extensión de medio centímetro y sigue una línea oblicua hacia abajo y adelante; resulta así la inserción más alta por atrás que por delante.

La porción intravaginal se llama hocico de tenca. Tiene forma cónica, de vértice redondeado y presenta un orificio llamado orificio externo del cuello que sirve de comunicación a la cavidad cervical.²¹

En circunstancias normales el útero esta flexionado entre el cuerpo y el cuello, posición en la que el cuerpo se proyecta en sentidos anterior y un poco superior sobre la vejiga urinaria, y el cuello lo hace en direcciones inferior y posterior, de modo que forma con la vagina un ángulo casi recto. Diversas estructuras que son extensiones del peritoneo parietal o cordones fibromusculares, y a las que se denominan ligamentos, mantienen al

²¹ Quiroz Gutiérrez Fernando. *Tratado de Anatomía Humana* pp. 313-314.

útero en su posición. El par de ligamentos anchos del útero son pliegues dobles del peritoneo que fijan al útero a uno y otro lado de la cavidad pélvica; los vasos sanguíneos y nerviosos uterinos perforan estos ligamentos.

El par de pliegues rectouterinos (ligamentos uterosacros), que también son extensiones peritoneales, se sitúa a ambos lados del recto y conectan al útero con el sacro.

El mesometrio (ligamentos cardinales o cervicales laterales) se extienden por debajo de la base de los ligamentos anchos, entre la pared pélvica, el cuello y la vagina. Estos ligamentos incluyen músculo no estriado (liso), vasos sanguíneos uterinos y nervios; son el principal sostén del útero y evitan su colapso en dirección a la vagina.

Los ligamentos redondos del útero son bandas del tejido conectivo fibroso dispuestas entre las capas de ligamentos anchos, y se extienden desde un punto del útero situado justo por debajo de las tubas uterinas hasta otro lado de los genitales externos.

La sangre llega al útero por ramas de las arterias ilíaca interna a las que se denomina arterias uterinas. Estas últimas emiten las arterias arqueadas, dispuestas circularmente en planos subyacentes a la túnica serosa y que a su vez dan origen a arterias radiales, que perforan al miometrio. Poco antes de que ocurra esto último, las arterias radiales se dividen en dos tipos de arteriolas.

Las arteriolas rectas terminan en la capa basal, a la que se aportan los materiales necesarios para regenerar a la capa funcional.

Las arteriolas espirales penetran en la capa funcional, y presentan cambios notables durante el ciclo menstrual.

Vagina

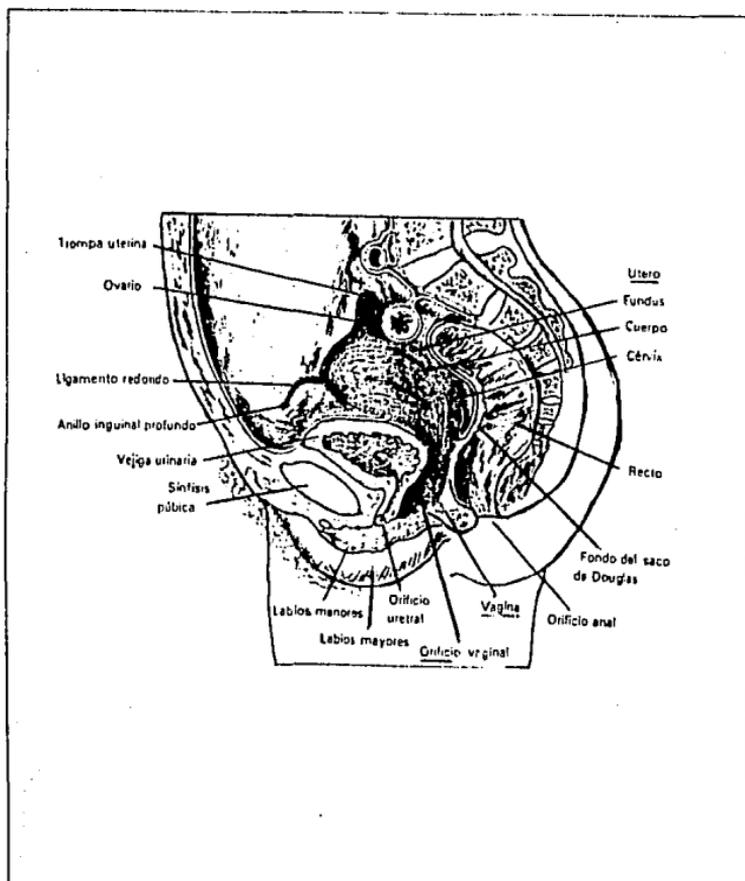
La Vagina es un órgano que cumple las funciones de vía para la salida del flujo menstrual, de recibir al pene durante el coito y de formar la parte inferior (con la vulva) del conducto o canal del parto; se trata de un conducto musculoso membranoso recubierto por mucosa, de unos 10 centímetros de longitud.

La vagina se sitúa entre la vejiga y el recto y está orientada en sentido posterosuperior; comunica en su extremo superior con el útero, y la mucosa vaginal, al reflejarse sobre el cuello uterino, forma alrededor de éste un receso o surco circular conocido como fórnix vaginal (bóveda o fondo de saco de la vagina), en la unión vaginal con el cuello. Al fórnix se le divide topográficamente en partes anterior, posterior y laterales (fondos de saco anterior, posterior y laterales), de los cuales el segundo es el de mayor tamaño.

La dilatación de la vagina reviste importancia para sus funciones de órgano receptor del pene y de porción inferior del canal de parto. Por otra parte, en el extremo inferior de la vagina se observa el himen, delgado repliegue membranoso de la túnica mucosa de la vagina que cierra parcialmente el órgano en cuestión.²²

²² Nicholas Anagnostakos y Gerard J. Tortora. *Principios de Anatomía y Fisiología*. pp. 920-921.

Fig. 1 Organos Genitales femeninos en corte sagital



Tomada de: Edward J. Reith. *Anatomía y Fisiología para Enfermería*.
pág. 155.

Vulva

La vulva está constituida por el conjunto de los órganos genitales externos de la mujer, que forman un saliente ovoide o de eje mayor anteroposterior, se haya situada entre el perineo y la parte inferior de la pared anterior del abdomen y transversalmente está comprendida entre los muslos. Presenta en su parte media una depresión, en cuyo fondo se abren la uretra y la vagina, que recibe el nombre de vestíbulo, limitado lateralmente por las formaciones labiales. Los labios mayores se unen hacia delante y se pierden un saliente mediano o monte de venus. Los labios menores se unen también hacia delante para envolver al clítoris, que con otras formaciones constituye el aparato eréctil de la vulva. (Fig. 2)²³

El monte de venus es una prominencia localizada por delante de la sínfisis púbica, formada por tejido adiposo y cubierta de piel pigmentada que en la pubertad se cubre de vello el cual se distribuye en forma de triángulo invertido.

Los labios mayores constituyen formaciones prominentes en la mujer adulta, que parten del monte de venus en forma de repliegues redondeados, y se dirigen hacia abajo y atrás para reunirse en la parte media del periné, están constituidos por tejido celular, tejido conectivo y parte del ligamento redondo, están cubiertos por piel resistente pigmentada con glándulas sebáceas y vello.

Labios menores son dos repliegues de piel, pequeños y delgados, sin vello situados entre los labios mayores y el introito; al adosarse entre sí ocluyen el orificio vaginal; se unen en su parte anterior y posterior, la unión anterior da lugar al frenillo del clítoris y al prepucio. Estas formaciones se atrofian durante la menopausia debido a la disminución hormonal.

²³ Quiroz Gutiérrez. *Tratado de Anatomía*. pp. 324

El Clítoris es un órgano homólogo del pene de 1 a 2 centímetros de longitud, situado en la parte superior del introito, por encima del meato urinario, está constituido por tejido eréctil (cuerpos cavernosos) que se fija al periostio del pubis. Está provisto de una rica red venosa y sensitiva (nervio pudendo). Es asiento de las sensaciones placenteras durante el acto sexual.

Vestíbulo espacio comprendido entre los labios menores contiene el orificio vaginal y las glándulas vestibulares. Se encuentra cubierto por un epitelio escamoso estratificado.

Meato urinario es un orificio en forma de hendidura por el cual desemboca la uretra hacia el exterior. Está recubierto por un epitelio transicional.

Glándulas de Bartholin son dos y se ubican en los labios menores y en la pared vaginal, desembocan en el introito. Con su mucosidad lubrican la vulva y la parte externa de la vagina. cuando se infectan se obstruye la luz del conducto y producen abscesos (bartholinitis).

Glándulas de Skene son dos y se encuentran una a cada lado de la parte posterior lateral del meato de la uretra; producen moco que lubrica el vestibulo. Estas glándulas se infectan con relativa frecuencia.

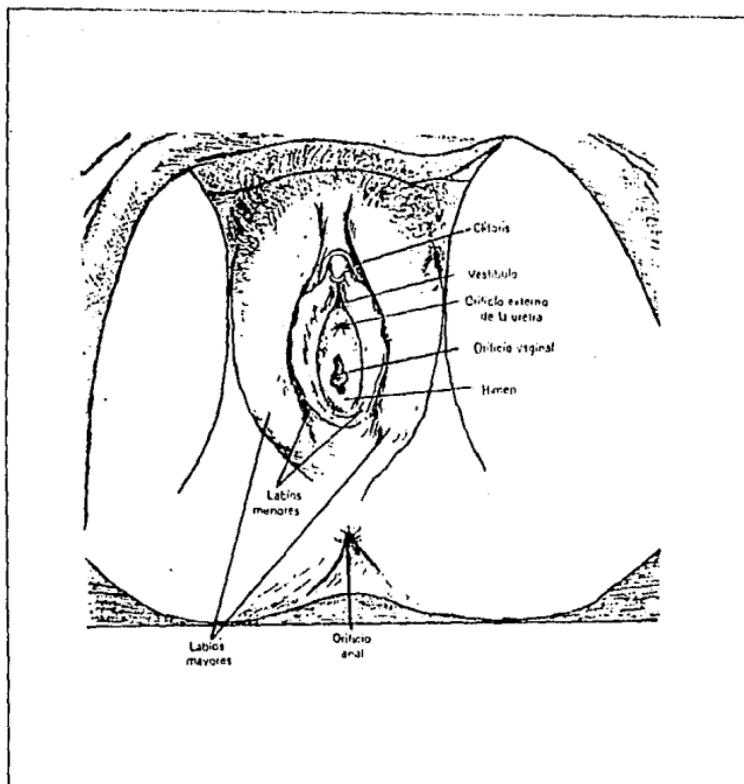
Himen membrana anular que cubre parcialmente la entrada de la vagina; está formado por dos capas de tejido fibroso. Se rompe al contacto sexual y sus restos se designan carúnculas mirtifomas.

Horquilla vulvar así se llama al lugar donde se unen los labios mayores con los labios menores en su parte posterior.

Periné región comprendida entre la horquilla y ano, está constituido por músculos transversos del periné y bulbo cavernoso. Se ve afectado por el trauma que condiciona el parto.²⁴

²⁴ Mondragón. *Obstetricia básica ilustrada*, pp. 12-14.

Fig. 2 Organos Genitales Femeninos Externos



Tomada de: Edward J. Reith. *Anatomía y Fisiología para Enfermería*. pp. 456.

Glándulas Mamarias

Las glándulas mamarias son tubuloalveolares ramificadas y se localizan sobre los músculos pectorales mayores, a los cuales están unidas por una capa de tejido conectivo. (Fig. 3)

En lo relativo a su estructura interna, cada glándula mamaria consiste en 15 a 20 lóbulos, compartimientos separados por tejido adiposo. El volumen de este último es el que determina el tamaño de las mamas, que no guarda relación con el volumen de la leche producida. Cada lóbulo incluye compartimientos de menor tamaño, denominados lobulillos y están constituidos por tejido conectivo en el que se encuentran incluidas las células secretoras de leche o alveolos.

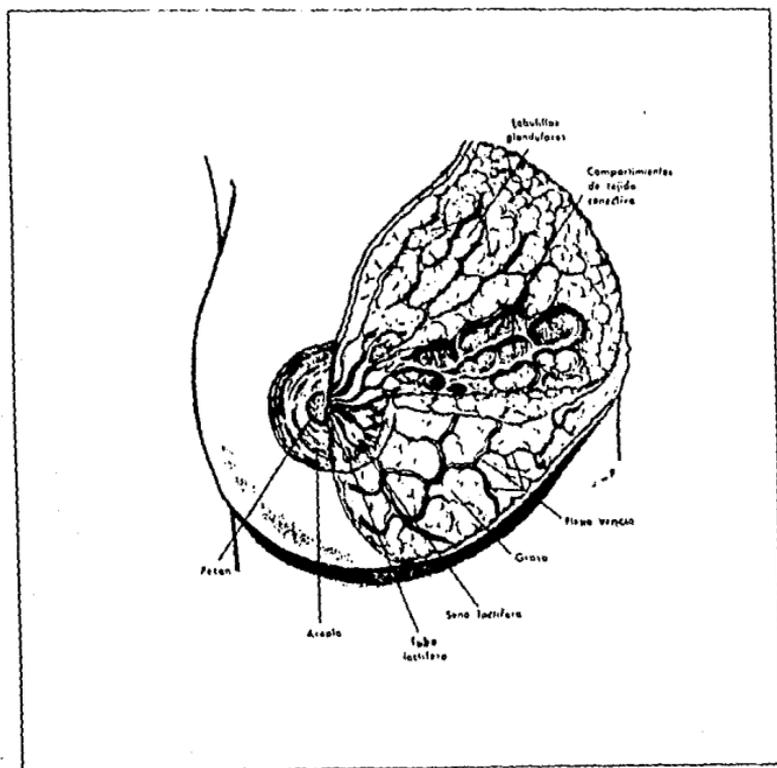
Los ligamentos suspensorios de la mama (ligamento suspensorios de Cooper) representan una armazón de bandas de tejido conectivo fibroso dispuestas entre la piel y la fascia pectoral, brindan sostén a los lobulillos, los alveolos presentan una disposición a la que se ha comparado con un gran racimo de uvas pequeñas, y en un conducto láctifero alveolar que a su vez convergen en 12 a 20 conductos láctiferos (Conductos Galactoforos). Al acercarse estos últimos al pezón presentan una dilatación conocida como seno láctifero (ampolla láctifera), en el que suele acomodarse la leche; los conductos en cuestión terminan en el pezón.

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

La función primordiales de las glándulas mamarias es la secreción de leche, fenómeno conocido como lactación.²⁵

²⁵ Nicholas Anagnostakos y Gerard J. Tortora. *Op. cit.* pp. 928-933.

Fig. 3 Vista anterior de la mama. Se ha extirpado la piel en el cuadrante inferior derecho para observar el plexo venoso suprayacente al tejido adiposo. En el cuadrante superior derecho, se quitó el tejido adiposo para observar los alveolos de las glándulas. Las glándulas se han extirpado en una pequeña porción con el propósito de advertir los compartimientos de tejido conectivo que separan los lobulillos.



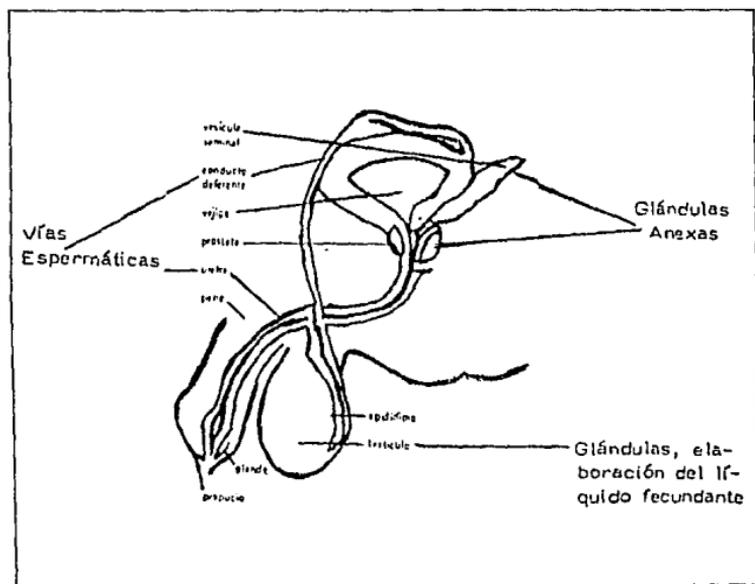
Tomada de: Catherine Parker Anthony. *Anatomía y Fisiología*. p. 478

APARATO REPRODUCTOR MASCULINO

El aparato genital del hombre se compone de dos parte, una glandular, encargada de la elaboración del líquido fecundante y en segundo término de unos tubos destinados al transporte de este líquido a la bolsa copulatrix de la mujer constituyendo las vías espermáticas. Fig. 4

Como anexos tenemos: escroto, pene, cierto número de glándulas, músculos y aponeurosis del perineo.²⁶

Fig. 4 Aparato Genital Masculino



Tomada: Secretaría de Salud. Cuaderno Técnico de Planificación Familiar No. 12 pág. 70.

²⁶ Dr. Fernando Quiroz G. *Tratado de Anatomía Humana*. Tomo III pág. 258.

En el esquema de un corte sagital del aparato reproductor masculino, se observa.

Los testículos (1) alojados en el escroto (2) donde se lleva a cabo el proceso de espermatogénesis, el epidídimo (3) cámara de maduración y selección de los espermatozoides, contiene el conducto deferente que sirve como un pasaje del espermatozoide y lugar de almacenamiento particularmente en la zona del ámpula, la que se une con la vesícula seminal (5) y se abren en la próstata (6).

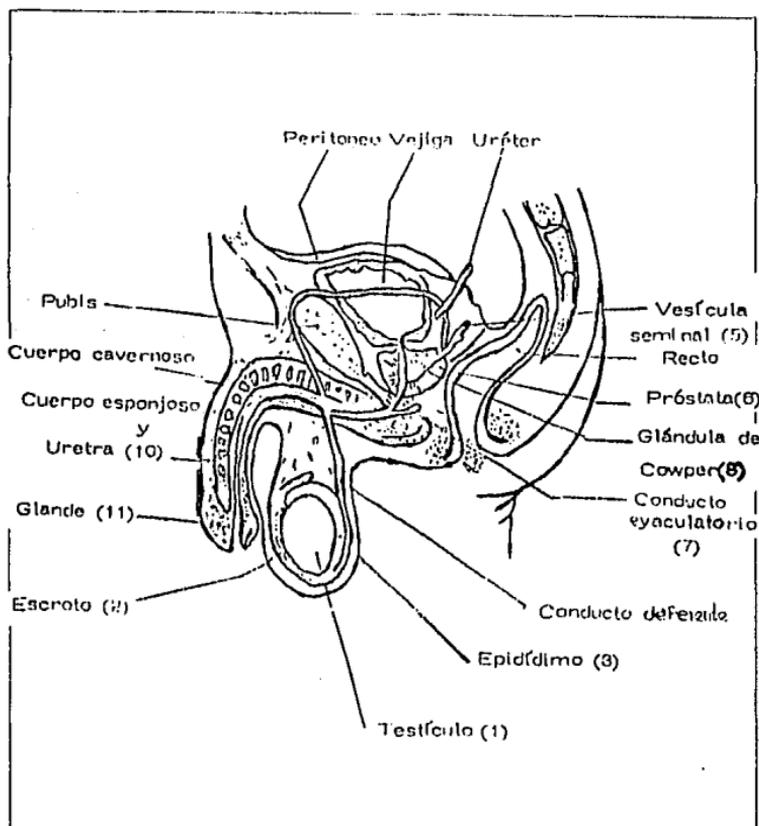
La glándula prostática secreta una gran porción del líquido de las eyaculaciones y rodea los conductos eyaculadores (7), donde se almacena parcialmente el semen hasta que es eyaculado en cantidad promedio de 4 ml.

Las glándulas de Cowper (8) situadas abajo de la próstata en cada lado de la base del pene durante la excitación sexual secretan un líquido alcalino que lubrica y neutraliza la acidez de la uretra para el paso rápido y seguro del semen.

El pene de forma triangular está constituido por tres grupos cilíndricos, dos cavernosos (9) y uno esponjoso que aloja a la uretra (10), y lo recorre en toda su longitud para terminar en el glande (11) o cabeza del pene, encontrándose en la punta el meato de la uretra. (Fig. 5)²⁷

²⁷ Idem. *op. cit.* pág. 259.

Fig. 5 Corte Sagital del Aparato Reproductor Masculino



Tomada del: Catherine Parker Anthony *Anatomía y Fisiología* p. 608.

Testículos

Son dos órganos glandulares y su función más importante es producir espermatozoides y el líquido seminal en el que éstos se movilizan.

Se encuentran localizados en el fondo de las bolsas escrotales el izquierdo ligeramente más abajo que el derecho, normalmente mide de 4 a 4.5 cm. por 2.5 de ancho y 3 cm. de alto su peso de 18 a 20 gms., de los cuales 5 pertenecen al epidídimo.

El testículo se compone de 2 partes, el propio testículo y el epidídimo. El testículo se encuentra fijado al escroto por el ligamento escrotal del testículo y a la ingle por el cremaster.

El epidídimo mide 5 cm. de longitud y 12 mm. de ancho se observan 3 partes en él:

- Cabeza
- Cuerpo
- Cola

Se encuentra localizado en el polo anterior del testículo.

Conductos Semíferos

Forman pequeñas masas conocidas como lóbulos espermáticos, las cuales constituyen el tejido del propio testículo, normalmente existen de 250 a 300 en cada testículo.

Los conductos excretores del espermatozoide se encuentran entre los conductos seminíferos y el conducto deferente; atraviesan los conductos rectos, red de Haller, los conos eferentes y los conductos epididimarios.

Escroto

Presenta la forma de bolsa única que envuelve a los testículos, se encuentra por delante de las sínfis del pubis, en el espacio que dejan por delante los muslos. Mide 6 cm. de alto, 5 cm. de ancho y 4 cm. de espesor. Se compone de 6 túnicas superpuestas.

1. Escroto
2. Dartos
3. Túnica celulosa
4. Túnica eritroides
5. Túnica fibrosa
6. Túnica vagina

Vías Espermáticas

Al salir del conducto del epidídimo, la esperma recorre el conducto deferente, la vesícula seminal y el conducto eyaculador, el cual en el momento de la eyaculación la vierte en la uretra.

Conducto Deferente

El conducto viene a constituir la cola del epidídimo y se extiende hasta la vesícula seminal, mide 33 a 45 cm. de largo por 2 mm de ancho. Está compuesto de cuatro porciones: Epididimaria, Funicular, Inguinal y abdominal pelviana.

Vesículas Seminales

Son receptáculos membranosos, extensibles y contráctiles, sirven de receptáculo al esperma. Son dos: una derecha y una izquierda, están fijadas entre la vejiga y el recto, miden de 5 a 6 cm. de largo por 16 mm. de ancho. En el viejo se encuentran atrofiadas. La vesícula está constituida por un largo tubo de 15 cm. de largo enrollado y apilotonado sobre sí mismo.

Conducto Eyaculador

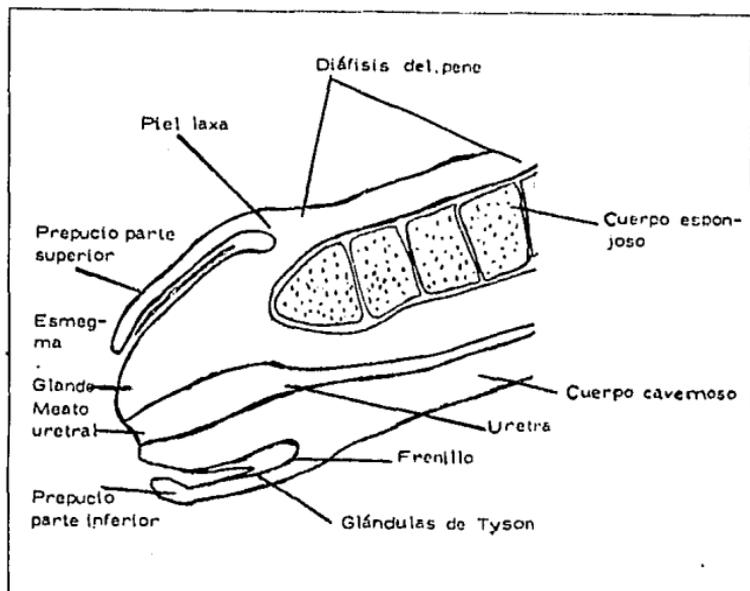
Son dos: un derecho y otro izquierdo, conducen a la uretra la esperma acumulada en las vesículas seminales. En su recorrido atraviesan la próstata y van a desembocar por dos pequeños orificios elípticos, a la izquierda y derecha del utrículo, miden de 15 a 25 mm. de largo 1 mm. y medio de diámetro.

Pene

Es el órgano de la copulación en el hombre, lleva el esperma a la vagina de la mujer. Está situado encima de las bolsas escrotales y debajo de las sínfisis del pubis. Situado al principio en el espesor del perineo, se dirige hacia arriba y hacia adelante, al llegar al pubis se hace libre y se rodea de piel; presenta una porción perineal y una libre. En estado flácido mide 10 cm. de largo por 4 ó 5 de circunferencia y en erección de 13 a 16.5 cms. en promedio.²⁸ (Fig. 6)

²⁸ Idem. Op. Cit. Fernando Quiroz. pág. 285.

Fig. 6 Esquema de un corte sagital de la parte distal del pene.



La diáfisis del pene está cubierta de una piel laxa que se continua con la del escroto y le permite el movimiento libre y la erección completa, cerca de la punta circunda al glande formando un pliegue que se denomina prepucio, adherido por una banda en la superficie inferior, el frenillo. A cada lado del frenillo están las glándulas de Tyson y la secreción recibe el nombre de esmegma, la que se acumula entre el prepucio y el glande como se ve en el esquema.

Tomada del: Diana Clifford Kimber. *Manual de Anatomía y Fisiología*. p. 693.

Constitución Anatómica

Se compone de formaciones eréctiles y envolturas; dentro de los cuerpos eréctiles se encuentran los cuerpos cavernosos y el cuerpo esponjoso.

Envolturas del pene

Son 4 superpuestas: cubierta cutánea, cubierta muscular, cubierta celulosa y cubierta elástica.

Glándulas anexas del aparato genital del hombre Corresponden la próstata y las glándulas de Cowper.

Próstata

Es un órgano glandular que se desarrolla en la porción inicial de la uretra, situada por debajo de la vejiga, tiene forma de cono, mide en el adulto 28 mm. de largo, 40 mm. de ancho y 25 mm. de espesor con un peso de 20.25 gr. La próstata está atravesada de arriba a abajo por la uretra, los conductos eyaculadores y por el utrículo prostático. Se encuentra envuelta en un tejido conjuntivo muscular denominado cápsula prostática. La próstata se divide en dos lóbulos laterales y uno medio.

Glándulas de Cowper

También llamadas bulbo uretrales. Son dos una derecha y otra izquierda tienen el tamaño de una lenteja colocadas simétricamente a los lados de la línea media y por detrás de la base del bulbo. Son glándulas arracimadas que se abren en la parte posterior de la uretra. Al igual que la próstata las glándulas de cowper secretan líquido alcalino importante para contrarrestar la acidez que hay en la uretra del varón y la vagina de la mujer.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Actualmente la Planificación Familiar es aceptada por la mayoría de las mujeres que viven en zonas urbanas, no así para las mujeres que habitan en las zonas rurales donde la aceptación de los Métodos Anticonceptivos, que con ese fin se utilizan, es realmente difícil. Esto viene a repercutir en la calidad de vida de las familias, especialmente en la mujer, ya que al planificar se ven liberadas de los constantes embarazos y la continua dedicación a la crianza de los hijos. La Planificación Familiar involucra aspectos de orden tanto individual como familiar, y en especial la salud materno infantil; tales aspectos contribuyen a la salud reproductiva.

Concepto

La Planificación Familiar se define en el artículo 4a. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que enuncia: "toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos".²⁹

²⁹ *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Talleres gráficos de la nación. México. pág. 24.

Un comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud, afirma que la "Planificación Familiar se funda en prácticas que ayudan a alcanzar determinados objetivos: evitar nacimientos no deseados, favorecer los deseados, regular los intervalos entre embarazos, adoptar el orden cronológico de los nacimientos a las edades de los padres y determinar el número de hijos que constituirán la familia".³⁰

"La Planificación Familiar es la responsabilidad de la pareja de decidir la interrupción voluntaria del embarazo, búsqueda de soluciones para la esterilidad, regulación del momento y el número de los embarazos y la valoración de las preocupaciones sociales, psicológicas, económicas, físicas y biológicas de la pareja que toma decisiones sobre la paternidad".³¹

"El Gobierno del Estado de México, responde al reclamo de este problema fundamental apoyándose en esa dignidad emanada de un concepto de paternidad responsable y en el derecho de autodeterminación familiar, inspirado en el deber y en el compromiso ineludible de engendrar hijos sanos física y mentalmente, aleccionados por el buen ejemplo, bien alimentados, útiles a sí mismos y a la comunidad, capacitados para la lucha que ello implica, suficientemente dotados para formar parte de una sociedad culta, sana y libre. El Estado de México comprende la misión histórica que le corresponde al planear una política de población y al intervenir, normativa y operativamente, en la regulación de la fertilidad para poder organizar el desarrollo biológico de nuestro pueblo, compatible con el progreso y con la producción de bienes sociales, basándose en las reflexiones anteriores, el gobierno de México compendia los conceptos sobresalientes de la Planificación Familiar, fundada en la paternidad responsable y en la regulación de la fertilidad.

Entendemos por paternidad responsable, la actitud consciente de los seres humanos frente al fenómeno de la reproducción, íntimamente rela-

³⁰ Dra. Ana. M. Goitia Marques. *Planificación Familiar y Salud Reproductiva*. Material Mimeografiado.

³¹ Sally B. Olds. *Enfermería Materno Infantil*. Ed. Interamericana. p. 132.

cionada con los aspectos jurídicos, económicos, psicológicos y médicos. Compete por igual a los padres —al hombre y a la mujer— y son aquellos quienes, al decidir el futuro de su familia calculan desde antes del matrimonio, el número de hijos de acuerdo con sus posibilidades económicas, para que estén en condiciones de proporcionar a su sucesores: habitación, vestido, alimentos, educación, asistencia médica, diversiones y economía.

Para espaciar y limitar los nacimientos (Control de la fertilidad) el Estado se ha obligado a proporcionar los métodos para una correcta planeación familiar".³²

"Es el derecho que tiene toda persona para procurar las mejores condiciones de vida para su familia, y una de sus bases principales es decidir de manera responsable, cuántos hijos quiere tener y cuando los quiere tener"³³

"La Planificación Familiar utiliza como recursos a los Métodos Anticonceptivos que son aquellos que se utilizan para impedir el embarazo en forma temporal o permanente, estos pueden ser temporales o permanentes: en los temporales se enuncian los hormonales orales, hormonales inyectables, el dispositivo intrauterino y los métodos de barrera; en los permanentes la oclusión tubaría bilateral (OTB) y vasectomía"³⁴

Importancia y Beneficios de la Planificación Familiar

La Planificación Familiar contribuye al bienestar de la población mediante el cuidado de la salud de la madre, de los hijos y de la familia en general porque permite:

³² Secretaría de Gobierno, Dirección del registro Civil *Pláticas Prematrimoniales*. México. pp. 11-12.

³³ Secretaría de Salud. *Cuaderno Técnico de Planificación Familiar No. 12*. México, D.F. pp. 61

³⁴ Diario Oficial. *Norma Técnica No. 22*. México, D.F. 1986. 2a. Sección.

- Retardar el primer embarazo hasta que la mujer haya cumplido cuando menos 20 años de edad, para tener el primer hijo, porque así nacerá sano y su mamá estará preparada para cuidarlo.
- Evitar los embarazos después de los 35 años de edad, para que el último hijo nazca sano y la mujer no tenga problemas durante el embarazo y el parto.
- Ampliar el tiempo entre los embarazos a un mínimo de dos años. Así, el cuerpo de la mujer puede recuperarse del último embarazo y estar más sano y fuerte para cuando ella y su pareja deseen tener otro hijo.
- Cuidar la salud de la madre y de los hijos previniendo los embarazos con riesgo.
- Lograr el número de hijos que la pareja desee para un adecuado desarrollo familiar en condiciones de plena salud y bienestar.
- Mejorar las posibilidades de educación, vivienda, alimentación y vestido para los miembros de la familia.

Problemas que pueden presentarse al no Planificar la Familia

Los problemas que más se presentan al no planificar la familia atañen sobre todo a la madre y al producto de la concepción afectando con ello al núcleo familiar y en general, son los siguientes:

Si una mujer tiene el primer hijo antes de los 20 años pueden presentarse problemas durante el embarazo y el parto porque su cuerpo aún no se ha desarrollado plenamente.

Algunos de estos problemas son:

- Hipertensión causada por el embarazo (toxemia gravídica)

- Dificultades en el parto porque la pelvis de la mujer todavía es pequeña (desproporción céfalo-pélvica);

- Infecciones provocadas por las complicaciones del parto.

El producto también puede tener problemas como:

- Pesar menos de dos kilos y medio al nacer (hipotrofia);

- Nacer antes de tiempo (prematurez) y tener dificultades para alimentarse del pecho de su mamá;

Cuando pasan menos de tres años entre un embarazo y otro es más probable que:

- Aumenten las posibilidades de prematurez e hipotrofia;

- Disminuyen las posibilidades de una recuperación en el aparato reproductor de la mujer;

- Aumentan las posibilidades de la morbi-mortalidad materno infantil;

Los hijos de las mujeres mayores de 35 años tienen más posibilidades de nacer con defectos como:

- Síndrome de Down (una incapacidad física y mental que dura toda la vida y que muchos conocen como "mongolismo");

- Labio leporino;

- Defectos cardíacos;

Si una mujer tiene un hijo después de los 35 años tiene más posibilidades de tener problemas como:

- Sangrados hacia el final del embarazo o en el parto;

- Lesiones en los ligamentos que sostienen al útero, que hacen que el útero descienda hasta la vagina (prolapso uterino);

- Infecciones provocadas por las complicaciones del parto.

Podemos señalar que la Planificación Familiar busca fortalecer la salud de la población materno infantil.

La Planificación Familiar entendida como la libre decisión de la pareja en forma responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos representa una de las soluciones a problemas tales como: mortalidad infantil y materna elevada, incremento continuo de una población con insuficientes recursos económicos, de salud y educativas para ésta. Es por ello que la Planificación Familiar en unión con acceso a servicios de salud y programas educativos representa una meta para lograr la reducción de la morbi-mortalidad materno infantil.³⁵

³⁵ Sistema Nacional de Salud. *Varios Folletos informativos.*

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

La Planificación Familiar supone el uso de una metodología anticonceptiva actual que permite a la pareja decidir sobre el método apropiado para ellos. Asimismo, se considera que la Planificación Familiar es un instrumento para proporcionar una salud reproductiva, definida como la forma de: a) regular la fertilidad, b) asegurar que los embarazos y partos transcurran sin complicaciones, c) disminuir la mortalidad neonatal, d) impedir embarazos no deseados, y e) evitar los embarazos de alto riesgo. Para conseguir lo anterior es necesario promover los métodos modernos que son los que brindan la mayor seguridad, eficacia y continuidad; para ello es importante que el prestador del servicio de salud conozca los aspectos médicos y paramédicos de los anticonceptivos a fin de que ofrezca una consejería correcta acerca de las diferentes modalidades, pero siempre con un absoluto respeto a la ideología de la pareja, en la que se incluyen factores tradicionales, religiosos y culturales.

Concepto y Clasificación

Los Métodos Anticonceptivos son todos aquellos medios que se utilizan para evitar un embarazo, y se clasifican en métodos temporales y definitivos.

Temporales

Hormonales

a) Pastillas b) Inyecciones

Mecánicos a) Preservativo b) Dispositivo Intrauterino

Naturales

a) Ritmo (abstinencia periódica) b) Colto interrumpido (retiro)

Definitivos

Salpingoclasia (Oclusión, Tubaría, Bilateral, OTB) Vasectomía

Anticonceptivos hormonales orales

"Los anticonceptivos orales de uso general son esteroides sintéticos semejantes a las hormonas sexuales naturales de la mujer: los estrógenos y progestinas. Estos esteroides sexuales se usan en dosis y en combinación que proporcionan anticoncepción al inhibir la ovulación".³⁶

Indicaciones

"Los métodos anticonceptivos hormonales orales se utilizan de acuerdo a las siguientes indicaciones:

- Mujeres en edad fértil;
- Menores de 35 años;
- Con patrón menstrual regular;
- Nulíparas o multiparas que no deseen embarazarse.

³⁶ Ralph C. *Diagnóstico y tratamiento Ginecoobstetricos*. México, D.F. 1986. pp. 518.

Contraindicaciones

Las contraindicaciones en el uso de los hormonales orales se dividen en absolutas y relativas.

— Absolutas:

Sospecha o embarazo comprobado, lactancia, sangrado vaginal no diagnosticado; antecedente o presencia de diabetes mellitus que requiera el uso de insulina, tromboembolismo, cáncer cervicouterino o mamario, padecimientos cerebrovasculares o coronarios, alteraciones de las funciones hepáticas y renales e hiperlipidemia II o hipercolesterolemia.

— Relativas:

Edad mayor de 35 años, tabaquismo, insuficiencia venenosa, migraña, hipertensión arterial, depresión psíquica, hemoglobinopatía, uso de drogas que interactúan con los anticonceptivos orales (anticonclusionantes, antibióticos, sedantes e hipnóticos, anticoagulantes y antihipertensivos).³⁷

Dosis y forma de administración

Existen combinaciones de preparados de estrógenos con progesterona que se toman diariamente durante 21 días y vuelve a iniciarse la serie el día 27 en relación con el comienzo de la serie anterior. Muchos de estos preparados están en el mercado en paquetes que contienen 20 a 21 tabletas activas y seis o siete inactivas (de lactosa), en una secuencia numerada que no se interrumpe la rutina diaria de tomar una tableta; otros preparados son de tabletas que contienen fumarato ferroso (75 miligramos) en lugar de lactosa las tabletas activas contienen tres décimas de norgestrel con tres centésimas de etinilestradiol.³⁸

³⁷ Norma Técnica No. 22. pp. 74.

³⁸ Rand M.J. Bowman W.C. *Farmacología*. Ed. Interamericana. México, D.F. 1985. pp. 20-26.

La forma de administración de los hormonales orales, es:

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

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

— Es la presentación de 28 tabletas tomar las dosis ininterrumpidamente.

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

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

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

Reacciones adversas y conductas a seguir

Ante el uso de anticonceptivos hormonales orales, las reacciones adversas más comunes, y las conductas a seguir, son:

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

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

— Hipertensión arterial, cefalea persistente y cloasma; suspender el anticonceptivo y cambiar a otro método no hormonal.

— Nódulos mamarios o ganglios axilares; suspender el anticonceptivo, investigar la causa y cambiar a otro método no hormonal.

Seguimiento

La prescripción de anticonceptivos hormonales orales implica seguimiento continuó y permanente, a partir de la consulta inicial:

— Las consultas subsecuente se llevan a cabo: la primera al mes y las siguientes cada 80 días.³⁹

Anticonceptivos hormonales inyectables

Las hormonas esteroideas sexuales pueden inyectarse por vía intramuscular para proporcionar un depósito que dependiendo del medicamento, dosis y formulación puede proporcionar anticoncepción durante un mes, dos meses, seis meses o inclusive hasta un año. Puede emplearse progestina sola, o la inyección puede consistir en una combinación de progestina con un estrógeno.

La mayor parte de estos regímenes impiden la ovulación al suprimir la función de la adenohipósis.⁴⁰

Indicaciones

Los anticonceptivos hormonales inyectables se pueden prescribir en los siguientes casos:

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

³⁹ Norma Técnica No. 22 pp. 74-75.

⁴⁰ Ralph C. *Op. Cit.* p. 521.

— Evitar el embarazo durante tres meses a partir de la aplicación de la vacuna antirrubéola.

— Intolerancia al uso de anticonceptivos orales y

— Deficiencia mental

Contraindicaciones

El tratamiento anticonceptivo a base de hormonales inyectable, se contraíndica en:

— Nulíparas, adolescentes, sospecha o embarazo comprobado, lactancia, sangrado genital no diagnosticado; antecedente o presencia de: diabetes mellitus, tromboembolismo y cáncer uterino o mamario.

Dosis y forma de administración

La presentación de enantato de noretisterona, es solución oleosa inyectable; un mililitro contiene 200 miligramos. Se aplica por vía intramuscular precisamente cada 60 días, en el primer ciclo deberá iniciarse con la aplicación de una ampollita dentro de los cinco primeros días del ciclo menstrual (considerando como primer día del ciclo, el primer día de sangrado).

Reacciones adversas y conductas a seguir

Se contemplan como reacciones adversas al medicamento hormonal inyectable, así como las conductas a seguir en caso de presentarse:

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

Seguimiento

La prescripción de anticonceptivos hormonales inyectables implica, después de la consulta inicial, que:

— Las consultas subsecuentes se llevan a cabo cada 30 a 60 días.⁴¹

Preservativo

El condón de hule o plástico sirve como cubierta para el pene durante el coito y evita el depósito de semen en la vagina. Las ventajas del condón son que proporciona anticoncepción altamente eficaz y barata, y resulta conveniente de usar. También proporciona alguna protección contra enfermedades venéreas.

Tiene la desventaja de que ambos cónyuges experimentan reducción de la sensación de placer cuando se emplea. Hoy en día algunos preservativos contienen un espermaticida, pero aún se desconoce su eficacia.

El condón probablemente sea el anticonceptivo mecánico más ampliamente empleado en la actualidad.⁴²

Indicaciones

El preservativo o condón, se recomienda a parejas en las siguientes situaciones:

- En relaciones sexuales esporádicas entre personas que deseen evitar el embarazo;
- Apoyo a otro Método Anticonceptivo, e
- Intolerancia a otro Métodos Anticonceptivos.

Contraindicaciones

El único caso en el que se proscribe el uso del condón, es hipersensibilidad al espermaticida.

⁴¹ Norma Técnica No. 22. pp. 75.

⁴² Ralph. Benson. Op. Cit. pp. 515.

Aplicación

El preservativo debe aplicarse antes de cada relación sexual.⁴³

Se coloca en el pene erecto, iniciando a desenrollarlo a partir del glande, hasta lo más cerca posible de la pared abdominal. Es importante comprobar la integridad del preservativo. Después de la relación sexual, y antes de que el pene vuelva a su estado flácido, debe retirarse el pene de la vagina sosteniendo el preservativo para evitar que el líquido salga, y pueda fecundar.

El preservativo debe entonces desecharse, ya que por cada relación sexual se utiliza uno nuevo.

Dispositivo Intrauterino (DIU)

El dispositivo intrauterino (DIU) está hecho de plástico o metal, o de una combinación de estos materiales. Se introduce en la cavidad endometrial a través del conducto cervical.

"En la actualidad sólo existen cuatro modalidades de DIU provistos de un filamento que sirve de "cola", éstos son el "7" de cobre, la T 20080, la T 380A y la T que libera progesterona, todas con un efecto que dura entre tres y cuatro años. La modalidad de mayor uso es la T 380A que tiene una superficie de cobre de 380 mm² la que se encuentra contenida en los dos brazos del marco de plástico y por lo cual confiere una protección anticonceptiva entre 4 y 6 años, con una tasa de embarazo acumulativa de 0.5 por 100 años mujer al año de uso y sólo 1.9 después de 4 años".⁴⁴

Los DIU son especialmente útiles en los programas de planeación familiar a gran escala, debido a que cuestan poco y proporcionan protección por largo tiempo. Requieren de una sola decisión por la paciente y un

⁴³ Norma Técnica No. 22. p. 76.

⁴⁴ Secretaría de Salud. *Los Métodos Anticonceptivos y los Procedimientos Naturales*. México, D.F. pp. 27.

solo procedimiento por el médico (o paramédico entrenado, como una enfermera); otras ventajas son que el método es independiente del coito, y que la fertilidad se restaura casi inmediatamente después que se extirpa el dispositivo.⁴⁵

Indicaciones

Las mujeres a las que se recomienda la aplicación del DIU son:

— Mujeres en edad fértil nulíparas o multíparas que deseen espaciar el embarazo, tabaquismo de más de 15 cigarrillos diarios, lactancia e intolerancia al uso de anticonceptivos hormonales.

Contraindicaciones

Las causas en que no se indica el dispositivo intrauterino como método de Planificación Familiar son:

— Sospecha de embarazo comprobado, miomatosis uterina, sospecha de cáncer cérvico uterino comprobado, insuficiencia cardíaca, anemia, antecedentes de embarazo ectópico, dismenorrea incapacitante, hemoglobinopatía, leucemia y alteraciones de la coagulación, sangrado genital no diagnosticado o abundante, cervicitis, endometritis o anexitis, parto o cesárea con ruptura de membranas (seis horas o más), aborto complicada, corioamnionitis, atonía uterina, sobredistensión uterina (embarazo múltiple, polihidramnios), trabajo de parto prolongado, accidentes quirúrgicos anestésicos durante la cesárea, e infección pélvica.

Momento de aplicación

Está indicada la aplicación del dispositivo intrauterino bajo las siguientes condiciones:

pl) C. Benson. *Op. cit.* p. 522.

- Durante la menstruación
- Durante la estancia de la usuaria en la unidad de salud: después de un parto eutócico, después de un aborto espontáneo y
- Durante la operación cesárea.

Reacciones adversas y conductas a seguir

El DIU puede ocasionar reacciones adversas tras su aplicación; las conductas a seguir, son:

- Hiperpolimenorrea; si persiste en tres ciclos menstruales consecutivos, cambiar a otro método.
- Dolor pélvico; la primera semana después de la aplicación administrar analgésicos, si persiste cambiar a otro método.
- Dispareunia; verificar inserción correcta del DIU y si se requiere, acortar los hilos.

Complicaciones

La aplicación del DIU puede producir, sin embargo, complicaciones en las que se debe actuar inmediatamente; estas pueden ser:

- Perforación uterina; referir a la paciente a una unidad de salud de mayor complejidad.
- Infección pélvica; retirar el DIU, administrar antibiótico y cambiar método.
- Embarazo extrauterino; referir a la paciente a una unidad de salud de mayor complejidad.

Seguimiento

Trás la introducción del DIU en una consulta inicial, es importante el seguimiento, en el que:

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

— En cada consulta se procede de la manera siguiente: verificar la posición correcta del DIU visualizando los hilos, investigar cervicitis, reacciones adversas y complicaciones.

— Investigar embarazo; si existe menor de ocho semanas y los hilos del DIU son visibles, se retira éste; si los hilos no son visibles, o el embarazo es mayor de ocho semanas, se refiere a la paciente a una unidad de salud de mayor complejidad.⁴⁶

Métodos Naturales

A los métodos que se basan en la detección de variantes fisiológicas, se les conoce como "naturales". Entre los métodos naturales se incluye a la toma de la temperatura basal, a la apreciación del moco cervical y otros son los "sintotérmicos" que combinan el método del ritmo con cualquiera de los otros dos naturales.

Todos tienen el común denominador que exigen una gran motivación y compromiso de la pareja para seguirlos con todo cuidado así como una capacitación especial para usarlos correctamente. Las estadísticas muestran que estos métodos son en general poco efectivos y que tienen una baja tasa de continuidad estimada el año de seguimiento.⁴⁷

⁴⁶ Norma Técnica No. 22. p. 75

⁴⁷ Secretaría de Salud. *Los Métodos Anticonceptivos y Los Procedimientos Naturales*. México, D.F. 1993 pp. 10-11.

Abstinencia periódica (Ritmo)

El método del "ritmo" en esencia consiste en evitar tener relaciones sexuales en los días del ciclo menstrual en que el óvulo pudiera ser fertilizado, es decir el "período fértil". Para cumplir con lo anterior se ha recurrido al calendario menstrual para conocer el tiempo en que se deben evitar las relaciones sexuales, lo cual es a partir del día 10 del ciclo menstrual hasta una semana antes de que se espera la siguiente menstruación: esto significa que las parejas sólo pueden tener relaciones sexuales unos cuantos días de cada mes y que el método es inefectivo cuando existen, irregularidades menstruales. Para subsanar lo impreciso del método anterior se ha tratado de identificar a los indicadores fisiológicos que permitan precisar la época fértil cada mes y así aumentar la confiabilidad.⁴⁸

Temperatura Basal

Para identificar la ovulación requiere que la mujer se tome la temperatura todas las mañanas a la misma hora y anote las lecturas en una gráfica de temperatura. Una vez completa la gráfica brindará datos para identificar los periodos de seguridad del ciclo menstrual. Poco después de la ovulación, la temperatura basal aumenta de 0.33 a 0.44 y cuando se mantiene durante 3 días queda demostrado que la ovulación ya ha tenido lugar y el resto del mes puede considerarse "período seguro".⁴⁹

En los días de la ovulación hay un aumento en la temperatura del cuerpo, este método nos permite saber cuáles son estos días si la mujer anota diariamente la temperatura de su cuerpo. El período de riesgo de embarazo va desde dos días antes de la elevación de la temperatura hasta tres días después.⁵⁰

⁴⁸ Secretaría de Salud. *Op. cit.* pág. 9.

⁴⁹ Kenneth R. Niswander. *Manual de Obstetricia*. México, D.F. 1989. pp. 6.

⁵⁰ Secretaría de Salud. *Información básica para la pareja que contraerá matrimonio*. Folleto informativo. pp. 17.

Coito interrumpido (retiro)

Es el método más antiguo de anticoncepción, y se utilizó ampliamente en Europa durante siglos, en donde contribuyó en forma significativa a reducir la tasa de fecundidad. Hasta 1986, cerca de 35 millones de parejas en todo el mundo usaron el método del retiro. De ellas 13 millones correspondieron a los países en desarrollo, encontrándose las tasas más altas en América Latina ya que cerca del 6% de las parejas casadas referían usar este método. Para que el método sea eficaz, el hombre debe retirar el pene de la vagina y de los genitales externos. La tasa de fracaso es cercana al 18%.

Salpingoclasia, (Oclusión Tubaria Bilateral OTB)

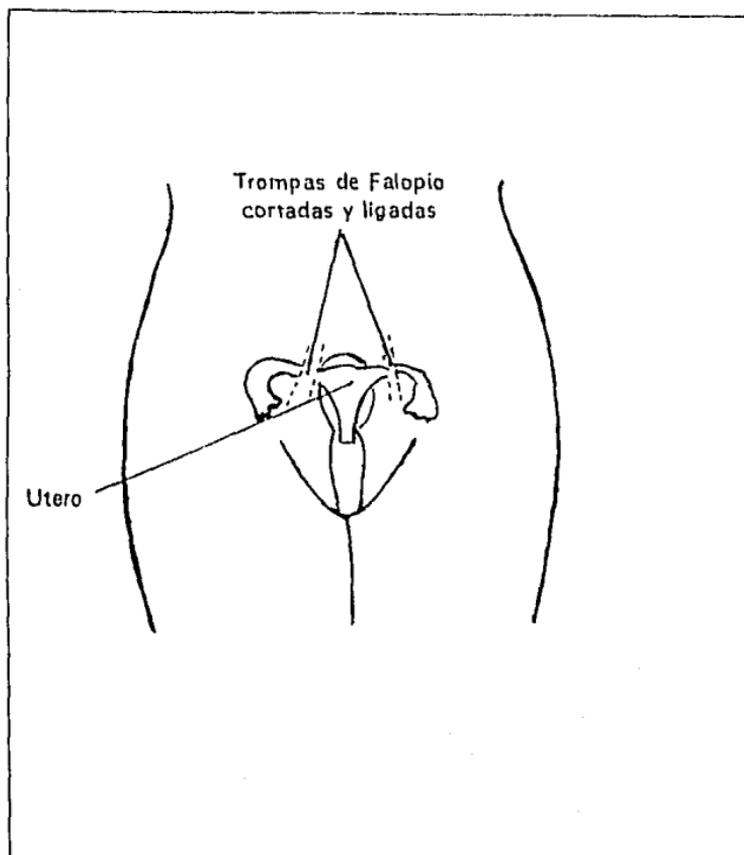
En varios países la salpingoclasia es el método preferido para la Planificación Familiar y en nuestro país se va incrementando su uso de manera acelerada. En mujeres que han terminado su fecundidad y se encuentran alrededor de los 35 años es el método de elección, sobre todo después del último evento obstétrico. Se ha visto que la salpingoclasia tiene una gran aceptación, independientemente de la clase social y es ampliamente recomendada entre sí por las mismas personas.⁵¹

Métodos de esterilización tubaria

La esterilización tubaria se lleva a cabo después de abortos o partos, o entre unos y otros. El método consiste en ligar las trompas de Falopio con pinzas y cortarlas, y después suturar los extremos seccionados. En algunas técnicas se separan los extremos de las trompas conforme se absorben las suturas, mientras que en otros se fijan dichos extremos al tejido circundante. Fig. 7 y 7'.

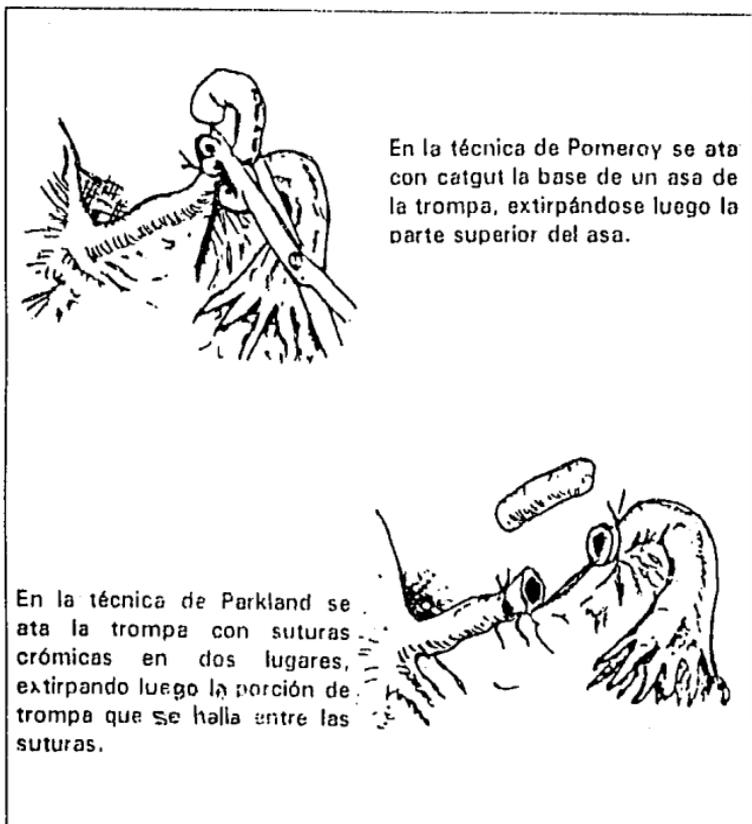
⁵¹ S.S. Dirección General de Planificación Familiar. *Los Métodos Anticonceptivos y los Procedimientos Naturales*. p. 40.

Fig. 7 Métodos de esterilización tubaría.



Tomada de: Ralph C. Benson. *Diagnostico y Tratamiento Gineco-obs-
tetrico*, pp. 532-533.

Fig. 7' Oclusión tubaria bilateral.



Tomada de: Ralph C. Benson. *Diagnostico y Tratamiento Gineco.obstetrico*. p. 534.

La fimbríectomía consiste en la amputación de los extremos franjeados de las trompas y la sutura del muñon resultante. Estos métodos se efectúan mediante incisión vaginal o abdominal; con la primera de ellas no se deja cicatriz visible, pero los índices de infección son más elevados que con el método abdominal.

El método laparoscópico hace uso de la vieja técnica del electrocauterio o de los anillos de goma, de reciente creación, para la ligadura. El empleo del electrocauterio no está exento de riesgos, ya que puede ocasionar lesión térmica a órganos circundantes, como los intestinos; es difícil limitar dicho daño y la cirugía de reconstrucción por lo general no tiene éxito. Existen dos nuevas técnicas laparoscópicas en las que se emplean cintas de silicón y grapas de resorte para la oclusión de las trompas.

El uso de agentes químicos para lograr la oclusión tubaria actualmente se encuentra en su fase experimental. El más prometedor de ellos al parecer es el clorhidrato de quinacrina que al ser introducido en la cavidad uterina produce inflamación e hinchazón del recubrimiento de los oviducos, y en las investigaciones ha tenido un índice de eficacia de 90%.

En la literatura médica se ha informado que las intervenciones en que se empleó la técnica laparoscópica conllevaron los índices más bajos de complicaciones, requirieron menor hospitalización y permitieron a las mujeres reanudar sus actividades normales tan pronto se las dió la alta.⁵²

Complicaciones de los procedimientos de esterilización femenina

A. Inmediatas (tempranas):

1. Anestésicas
2. Hemorragia (pared abdominal, vísceras).
3. Quemaduras viscerales (electrocauterio)

⁵² Joellen Watson H. *Enfermería Ginecológica y Obstetricia México*. D.F. pp. 71.

4. Quemaduras de la pared abdominal

5. Perforación de vísceras

6. Peritonitis

B. Tardías:

1. Posible incremento de la hemorragia menstrual, tal vez resultante de lesiones tisulares y disminución subsiguiente del riesgo sanguíneo ovárico. No se ha determinado la patogenia de esta "menorragia".

2. Dolor abdominal poco definido, probablemente relacionado con adherencias.

3. Embarazo consecutivo a recanalización de las trompas uterinas. Muchos de estos embarazos son eclépticos (0 a 65%, dependiendo de la técnica de esterilización tubaria).

4. Aberraciones emocionales o psicomáticas.⁵³

Vasectomía

El procedimiento más conveniente para la esterilización masculina es la vasectomía, que se efectúa bajo anestesia local en el consultorio, y consiste en practicar una pequeña incisión en el escroto, después de lo cual se eleva, corta u ocluye por ligadura o cauterización, el conducto deferente. En años pasados se pensaba que la vasectomía causaba únicamente trastornos menores, como dolor frecuentemente controlable con un analgésico leve como la aspirina, y edema, cuyo tratamiento consistía en la aplicación local de hielo. Sin embargo, suele surgir epididimitis y su tratamiento es conservador con suspensorio, calor local y analgésicos. Por otra parte, el hematoma suele tratarse con hielo y elevación de la parte afectada, pero en algunos casos es necesaria su

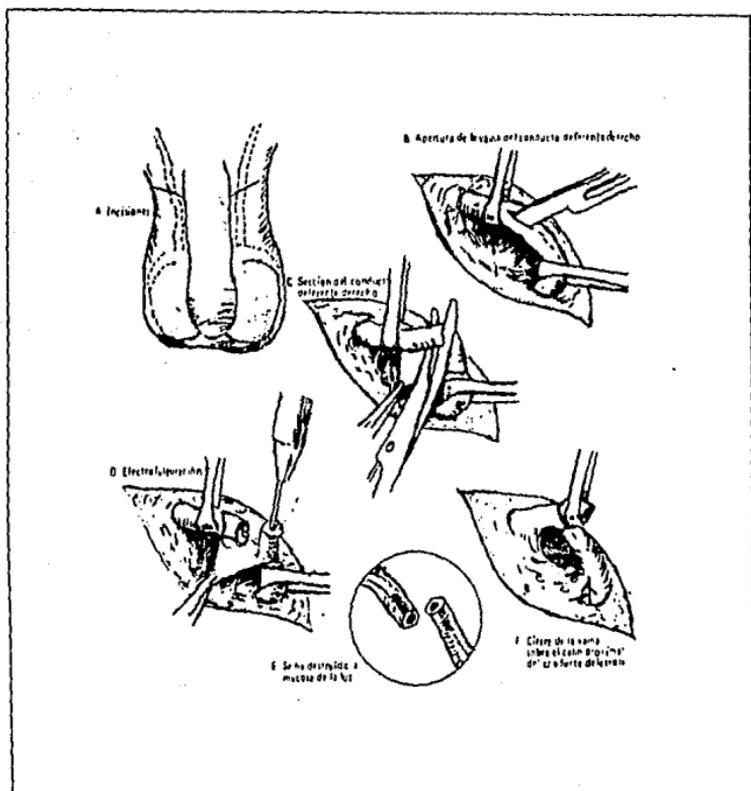
⁵³ Ralph C. Benson. *Op. Cit.* pág. 536.

evacuación. La extravasación de los espermatozoides, del extremo cortado del conducto deferente, suele dar origen a un granuloma que contiene semen y desaparece sin tratamiento, pero que a veces requiere extirpación quirúrgica. (Fig. 8)

Por otra parte, una vez practicada la vasectomía es indispensable recomendar el uso temporal de algún Método Anticonceptivo hasta que en los análisis de semen no se observen espermatozoides. El número de eyaculaciones necesarias para que el hombre sea estéril suele variar entre 10 y 36, y por lo general se le pide una muestra de semen para su análisis, tres meses después de efectuada la vasectomía. Insistimos en que se deben emplear otros Métodos Anticonceptivos en tanto no se disponga de los resultados de dicho análisis.⁵⁴

⁵⁴ Joellen Watson Hawkins. Enfermería, Ginecología y Obstetricia. México, D.F. pp. 71-72.

Fig. 8 Etapas de la vasectomía



Tomada de: Ralph C. Benson. *Diagnóstico y tratamiento gineco-obstétricos*, p. 536.

Vasectomía sin Bisturí

Originaria de China desde 1974 es el método estandarizado de anti-concepción masculina, ya se han practicado hasta el momento alrededor de 20 millones de vasectomías en ese país. Se está practicando en 27 países del mundo. En 1990 fue introducida a México y practicada por primera vez. En 1992 se practicaron más de 10 mil procedimientos con este novedoso métodos. En 1993 se organiza el programa nacional de vasectomía sin bisturí de la Secretaría de Salud.

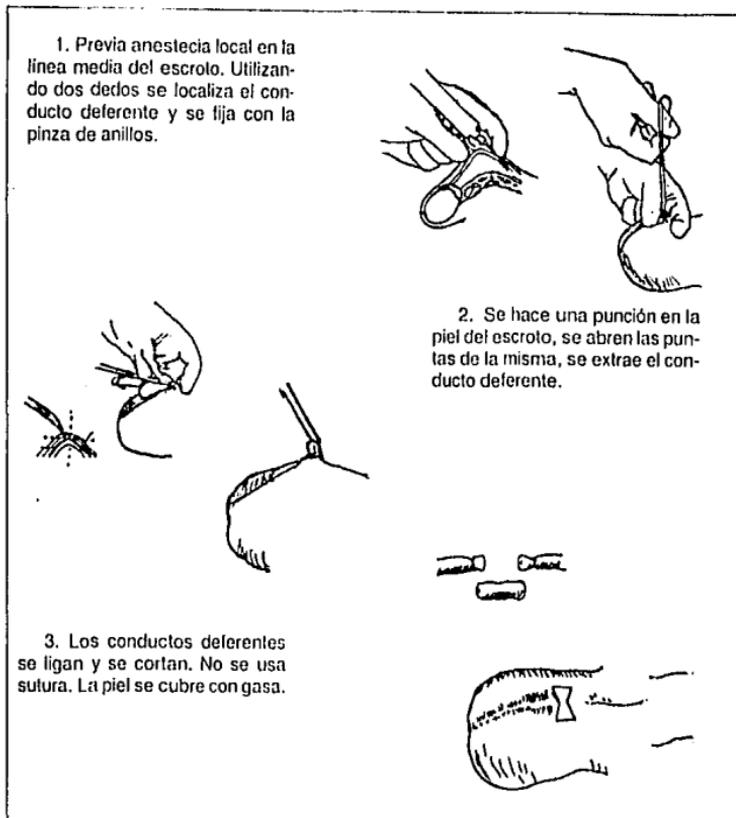
La vasectomía sin bisturí es un procedimiento fino, sencillo y efectivo que ocluye exclusivamente los conductos por donde pasan los espermatozoides. Ningún otro método de anticoncepción masculina es tan eficaz como este. (Fig. 9-9')

Fig. 9 Vasectomía sin bisturí.



Tomada de: *Secretaría de Salud. Una nueva opción... Vasectomía sin Bisturí.* Folleto informativo.

Fig. 9' Vasectomía sin Bisturí.



Tomada de: Secretaría de Salud. *Folleto informativo.*

Ventajas:

- No requiere Hospitalización.
- No requiere estudios preoperatorios
- Se usa anestesia local
- A las 48 horas puede realizar su trabajo sin esfuerzo físico
- Al quinto día puede iniciar sus relaciones sexuales
- A los 15 días puede practicar su deporte favorito
- Es un procedimiento fino y rápido que no ocasiona molestias
- Ningún efecto a largo plazo
- No afecta el comportamiento sexual del hombre
- Ningún riesgo para la salud de la esposa.⁵⁵

⁵⁵ Secretaría de Salud. Una Nueva Opción... Vasectomía sin Bisturí. Folleto Informativo

PERSPECTIVAS DE ANTICONCEPCIÓN

Condón Femenino (Femshield) Fig.10

El Femshield es un nuevo dispositivo anticonceptivo de barrera para la mujer. Consiste en una bolsa de poliuretano blando de 15 cm. de largo por 7 cm. de diámetro, sujeto en su extremo abierto por un anillo flexible que cubre la vulva, y otro anillo flexible interior que facilita su inserción y retención. El coito se realiza dentro de la cavidad del dispositivo con ayuda de un lubricante.

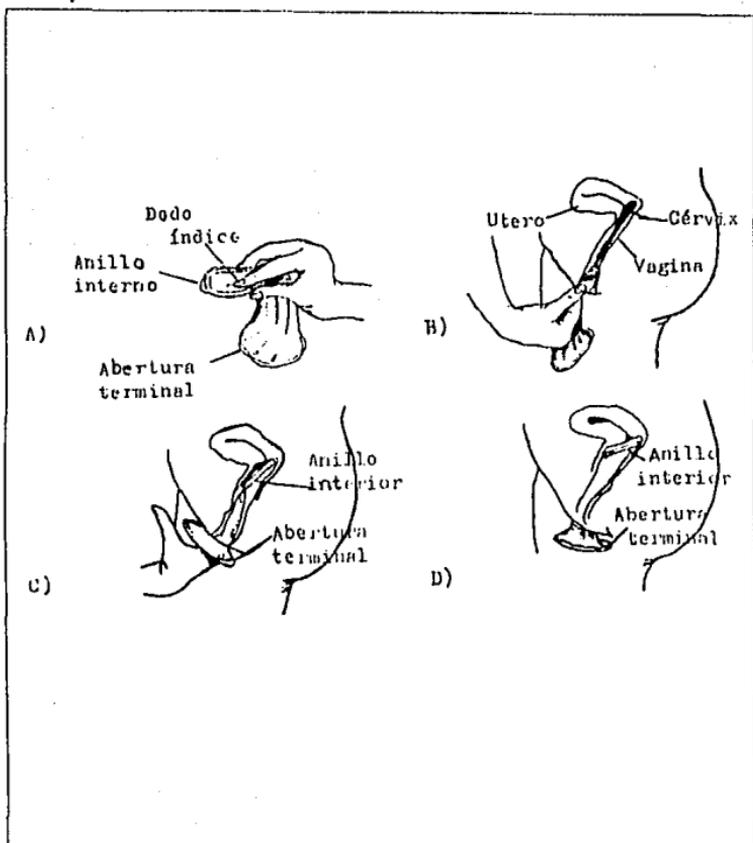
Se eligió el material de poliuretano por ser más adecuado para el propósito de "forrar" la vagina, diferente al látex de el condón masculino que tiene la función de adherirse.

El Femshield ofrece una protección similar a la del condón como anticonceptivo y además las protege contra las enfermedades de transmisión sexual, además de no tener efectos sistémicos. Así mismo, es desechable en cada coito.

Un estudio piloto sobre este método, informa que es bien aceptado por la mayoría de usuarios de ambos sexos, y las mujeres que anteriormente usaron el diafragma prefieren el Femshield.⁵⁶

⁵⁶ Dirección General de Planificación Familiar. *Nuevos Métodos Anticonceptivos*. Folleto Informativo. pp. 1-4.

Fig. 10 Pasos para la inserción del condón femenino.



Tomada de: SS. *Los Métodos Anticonceptivos y los procedimientos naturales*. p. 33.

Implantes (Norplant) (Fig. 11)

Con el fin de eliminar al máximo molestias a las usuarias de algún método hormonal de regulación de la fertilidad, los investigadores han diseñado sistemas de liberación a partir de los cuales se obtiene la ventaja de evitar la circulación porto-hepática por un lado y por otro disminuir significativamente las dosis empleadas para obtener supresión de la ovulación los implantes han venido a revolucionar la perspectiva de regular la fertilidad a largo plazo con pocos efectos colaterales.

Existen dos clases principales de implantes los que son no biodegradables, entre los que se encuentran los parches y los sistemas intradérmicos; los biodegradables son aquéllos en los que no es necesario el recurrir a personal capacitado para su retiro una vez que ha sido liberada la cantidad total de hormonal.

Norplant. El norplant es un implante subdérmico no biodegradable, constituido por seis cápsulas de silastic, con dimensiones de 34 por 2.4 mm., cada una de las cuales contiene 36 mg. de levonorgestrel. Las cápsulas liberan alrededor de 70 a 80 mcg. del hormonal durante los primeros 6 y 18 meses posteriores a la implantación, después declina a cerca de 30 mcg/día y brinda protección anticonceptiva por 5 años.

Ofrece varias ventajas sobre los contraceptivos orales como son:

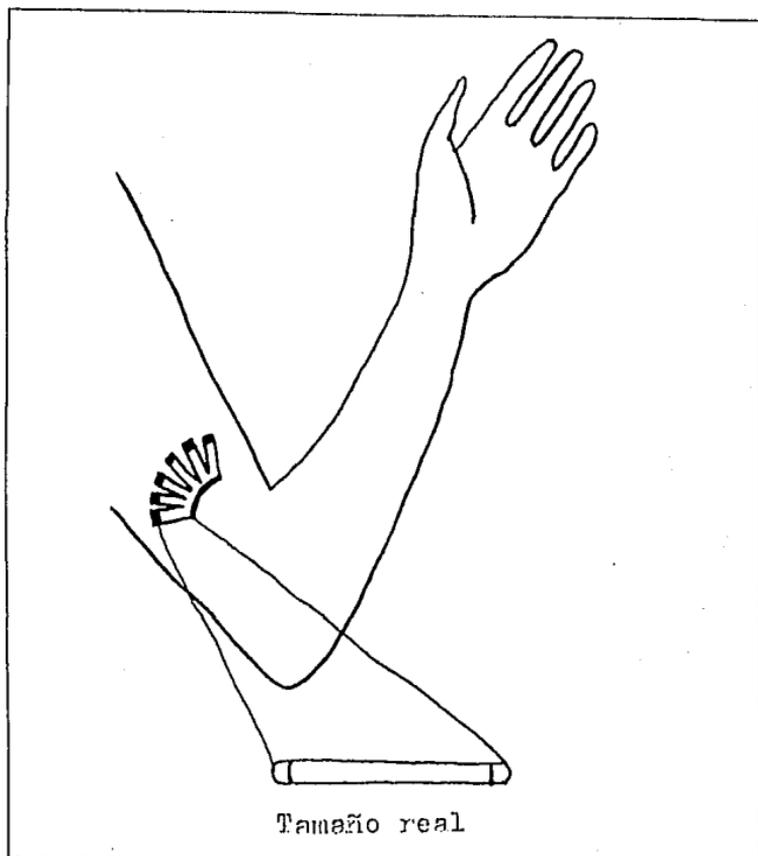
- Menor dosis terapéutica
- Liberación continua de esteroide
- Se evita la circulación porto-hepática

La principal desventaja de norplant es la alteración de los ciclos menstruales.

La tasa de embarazos por 100 mujeres al primer año de uso, es de 0.0 a 0.5 y la tasa neta acumulada al final del quinto año es de 1.8.⁵⁷

⁵⁷ DGPF. SS. *Implantes Subdérmicos*. Folleto Informativo. pp.1-4.

Fig. 11 Localización de los implantes Norplant.



Tomada de: SS. *Los Métodos Anticonceptivos y los procedimientos Naturales* p. 24.

METODOLOGÍA

La presente investigación fué realizada en dos etapas. La primera de ellas comprendió una investigación observacional y bibliográfica que nos permitió ampliar y fundamentar con elementos teóricos la problemática existente realizando con ello el protocolo de investigación el cual se presentó en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia para su aprobación.

La segunda etapa inició, al proponernos conocer la situación de las mujeres en edad fértil unidas de las comunidades: Guanajuatillo, Colonia Melchor Ocampo, Los Ayala y Taquiscuareo del módulo III, La Piedad, Michoacán. (Ver anexo 1) Seleccionando como técnica de recolección de datos el cuestionario el cual fué aplicado a 100 mujeres tomando como muestra 25 de cada comunidad. Las personas que quedaron incluidas en el muestreo fueron seleccionadas de manera aleatoria a través de un sorteo en el que se contempló al total del universo. Para poder ser incluidas debieron cubrir las siguientes características: a) Ser mujer, b) de 15 a 49 años, c) casadas, d) residentes del área geográfica en estudio e) mujeres que contesten en su totalidad el cuestionario. Excluyéndose de la investigación a todas las mujeres que no cubran en su totalidad las características antes mencionadas.

En dicho formulario se contemplaron los siguientes aspectos:

a) Características personales: Nos permitieron conocer la edad, estado civil, escolaridad, número de hijos, tipo de religión.

b) Conocimiento sobre Planificación Familiar: con este apartado se pretendió conocer la respuesta de la mujer sobre la importancia de la Planificación Familiar, conocimiento y utilización de los Métodos Anticonceptivos así como el lugar donde se obtiene el método y el tiempo de uso.

c) Opinión y características de la Auxiliar de Salud: Con esto se conocieron las opiniones de las usuarias en cuanto a si resulta inconveniente la edad y el estado civil de la Auxiliar de Salud para brindar servicios a la población y en especial en el programa de Planificación Familiar. Así como la confianza, discreción, difusión, indicaciones y contraindicaciones en el servicio de P.F. (Ver anexo 2)

El tiempo destinado para la aplicación de este formato fué de dos meses. A partir de la primera quincena de Agosto, programándose las visitas a las comunidades, procurando que durante la entrevista la mujer se encontrara sin la compañía de familiares de tal forma que sus respuestas se expresaran sin inhibición.

Para la concentración y recuento de datos se usaron hojas tabulares, que facilitaron el procesamiento estadístico, utilizando medidas de resumen para obtener valores absolutos y relativos. A partir de los cuales se diseñaron cuadros y gráficas que facilitan la descripción de los resultados.

Como último punto se lleva a cabo la realización del análisis de resultados, conclusiones y sugerencias.

RESULTADOS

(Características Personales)

Del total de las mujeres encuestadas el 27% pertenece al grupo de edad de 26- 30 años, el 23% al grupo de 21-25 años, un 14% está entre los 31-35 años, otro 14% entre 36-40 años, 12% se encuentra entre 16-20, 7% cuenta con 41-45 años y por último un 3% tiene más de 46 años (Cuadro No. 1)

El 60% de las mujeres encuestadas tienen de 1-3 hijos, un 36% de 4-9 hijo y un 4% tiene 10 o más hijos (Cuadro No. 2)

En el cuadro no. 3 se observa que en lo referente a la escolaridad de las mujeres entrevistadas el 61% no concluyó la primaria, 19% terminó la primaria, 13% es analfabeta y sólo un 7% realizó estudios superiores a la primaria (secundaria y comercio).

Del total de la muestra el 89% manifiesta comprender lo que es la Planificación Familiar y un 11% no lo comprende. (Cuadro No. 4)

Del 100% de la muestra el 90% considera que es importante la Planificación Familiar y un 10% dice que no le es (Cuadro no. 5)

(Conocimiento sobre Planificación Familiar y Métodos Anticonceptivos).

Un 81% manifiesta conocer los Métodos Anticonceptivos y el 19% dice no conocer ningún Método Anticonceptivo. (Cuadro No. 6)

Del total de la muestra el 59% utiliza algún Método Anticonceptivo y un 41% no los utiliza. (Cuadro No. 7)

Del 59% de las mujeres que planifican el 50.85% utilizan como Método Anticonceptivo Pastillas, 18.64% DIU 16.95% Inyección y el 5.09% optaron por la OTB.

Del 59% de las mujeres que planifican el 28.81% obtienen el Método con la Auxiliar de Salud, 27.12% va al Centro de Salud, 16.95% lo compra en la Farmacia, 15.25% asisten con el Médico Particular y un 11.87% se dirige al IMSS. (Cuadro No. 8)

De la relación entre el Método Anticonceptivo y el tiempo de uso; el Cuadro No. 9 muestra que las Pastillas con un 50.85% se han utilizado por los siguientes períodos: el 18.64% de 7-12 meses, 15.25% de 0-6 meses, 5.08% de 31-36 meses, 5.08% por más de 43 meses, 3.39% de 13-18 meses y un 3.39% las ha utilizado de 19.24 meses.

La Inyección con un 16.95% se ha utilizado de la siguiente forma el 10.16% de 0-6 meses, 5.08% de 19-24 meses y un 1.69% de 7-12 meses de uso.

Del 18.64% que utiliza el DIU, 6.79% tiene de 7-12 meses con él, 3.38% de 0-6 meses, 3.38% de 19-24 meses, 3.38% de 31-16 meses y el 1.69% tiene más de 43 meses con el DIU.

De 8.48% que planifica con el Preservativo un 5.08% lo ha utilizado de 0-6 meses, 1.69% de 13-18 meses y 1.69% de 19-24 meses.

De un 5.08% que optó por la OTB un 3.39% tiene un período de 19-24 meses de operada y 1.7% tiene más de 43 meses con la OTB.

De la relación entre edad y número de hijos del Cuadro No. 10 muestra que del 60% de las mujeres que tienen de 1-3 hijos un 19% tienen de 21-25 años, 16% de 26-30 años, 12% de 16-20 años, 6% de 31-35 años, 6% de 36-40 años y solo 1% de 41-45 años; de un 36% que tienen de 4-9 años, el 11% tiene de 26-30 años, 7% de 31-35 años, 6% de 36-40 años, 6% de 41-45 años y 2% de 46 o más años; del 4% que tienen de 10 o más hijos, 2% son de 36-40 años, 1% de 31-35 años y 1% de 46 o más años.

Relacionando la edad y la aceptación de los Métodos Anticonceptivos el cuadro No. 11 muestra que del 59% de las mujeres que planifican 18% corresponde al grupo de edad de 26-30, 13% de 21-25 años, 7% de 31-35 años, 6% de 36-40 años, 4% de 41-45 años y 2% de 46-49 años; del 41% de las mujeres que no planifican el 10% tiene de 21-25 años, 9% de 26-30 años, 8% de 36-40 años, 3% de 16-20 años, 3% de 41-45 años y 1% de 46-49 años.

El cuadro No. 12 muestra la relación entre el No. de hijos y la aceptación de los Métodos Anticonceptivos; 59% que si los aceptan, un 37% tiene de 1-3 hijos y 22% tiene de 4-9 hijos; y de 41% que no los aceptan 23% tiene de 1-3 hijos, 14% de 4-9 hijos y 4% tiene 10 o más hijos.

Opinión y Característica de la Auxiliar de Salud

De acuerdo a la opinión de las mujeres entrevistadas se obtuvo que un 88% encuentra que no es un inconveniente la edad y el estado civil de la Auxiliar de Salud para proporcionar el servicio de Planificación Familiar y un 12% dice que si es inconveniente. (Cuadro No. 13)

El 71% de las entrevistadas consideran que el servicio que brinda la Auxiliar de Salud es Bueno, 28% mencionan que es Regular y el 1% lo considera malo. (Cuadro No. 14)

En lo referente a la confianza que le tienen a la Auxiliar de Salud para acudir con ella a tomar los Métodos Anticonceptivos un 80% dicen que sí le tienen confianza y 20% no confía en ella. (Cuadro No. 15)

Del total de la muestra el 92% opinan que la Auxiliar es discreta y un 8% dicen que no lo es (Cuadro No. 16). En lo referente a si la Auxiliar de

Salud le da difusión a los Métodos Anticonceptivos cuando acuden con ella por otras circunstancias el 62% dice que no y 38% afirma que sí. (Cuadro No. 17)

Del 28.81% de las mujeres que acuden por el Método Anticonceptivo con la Auxiliar de Salud el 47.07% afirma que les dice las indicaciones y contraindicaciones del mismo, un 41.17% niega recibirlas y un 11.76% menciona que sólo a veces. (Cuadro No. 18)

ANÁLISIS DE RESULTADOS

El análisis que a continuación se presenta es el resultado de la información obtenida a través de la aplicación de 100 encuestas a mujeres en edad fértil unidas de cuatro comunidades que integran el módulo III de La Piedad, Michoacán. Es por ello que la información para su mejor manejo se dividió en: Características personales, posteriormente se abordó lo referente a conocimientos sobre Planificación Familiar y por último se tratan las opiniones que se tienen acerca de la Auxiliar de Salud así como sus características.

De las Características personales en las mujeres entrevistadas y de acuerdo a los resultados obtenidos en nuestra investigación podemos observar y analizar que los grupo de edad de 21-30 años cuentan con el mayor porcentaje e inferir con ello que la mayoría de nuestra población en estudio es joven y tienen muchas más posibilidades de riesgo reproductivo. Si hacemos una comparación con la Población Nacional donde 41 355 676 habitantes (más del 50%) corresponden al sexo femenino y 7 444 952 tienen de 20-29 años.⁵⁸

⁵⁸ INEGI. *Censo General de Población y Vivienda 1990*. México, D.F. p. 2 Cuadro 2.

Y el Estado de Michoacán con 3 548 199 habitantes ocupa el séptimo lugar de población a nivel Nacional, donde más de 50% (1 829 426) corresponde al sexo femenino y 303 295 tienen de 20-29 años.⁵⁹

Esto constituye un factor demográfico determinante en la población del país que influye de manera directa en los diversos procesos sociales, económicos y culturales a los que se encuentra expuesta la población.

En lo referente al número de hijos el mayor porcentaje se sitúa de 1 a 3 hijos en mujeres jóvenes y en las de mayor edad el promedio es de 4 a 9 hijos, encontrándose mujeres que aún tienen más de 10 hijos. Si comparamos las cifras referidas por la DGPF donde se establece que para 1990 la tasa de natalidad fue de 2.5⁶⁰. Nos damos cuenta que la tasa de natalidad por lo menos en el área rural no ha disminuido ya que es de 3.67 hijos por mujer.

Por lo tanto nos damos cuenta que la composición de una población rural es representativa de patrones culturales sobre el matrimonio a edad temprana que aunado a la presencia de embarazos en el primer año de vida conyugal condiciona altas tasas de fertilidad para la mujer a edades maduras; todo ello nos habla de que deben planearse acciones educativas e informativas que permiten romper con este patrón cultural.

En la actualidad en las comunidades rurales el nivel de instrucción educativa en la mujer es limitada; de los resultados obtenidos observamos que el mayor porcentaje de la población encuestada no tiene completos sus estudios de nivel básico (primaria) e incluso todavía existen mujeres analfabetas y en menor porcentaje las mujeres que iniciaron pero no terminaron el nivel medio básico (secundaria y comercio); con esto notamos que la mujer aún tiene un patrón cultural impuesto por sus mismas madres, pues éstas les dicen que ellas no necesitan estudios para lograr algún trabajo ya que este sobra en el hogar y cuando ellas se casen el cónyuge es quien sustentará sus gastos y ellas se dedicarán solamente

⁵⁹ INEGI. Censo del Estado de Michoacán. México, D.F. p. 505. Cuadro 17.

⁶⁰ Secretaría de Salud. Los Métodos Anticonceptivos y los Procedimientos Naturales. México, D.F. p. 4.

al cuidado de los hijos y del hogar, por lo tanto es el hombre quién debe tener preparación escolar; lo anterior permite observar como la cultura propia del lugar condiciona la dependencia social y económica de la mujer hacia el cónyuge.

Con el objeto de obtener información importante para la realización de esta investigación se estructuraron una serie de preguntas que permitieron darnos cuenta de los conocimientos e importancia que manejan las mujeres entrevistadas acerca de la Planificación Familiar, el mayor porcentaje afirmó que sí y el menor que no. Resulta interesante observar que de las mujeres que respondieron que sí fué porque lo escucharon en alguna parte como es el Centro de Salud, Radio, Televisión, por alguna plática que dió la pasante o comentarios entre ellas mismas y de todo lo que escuchó se formó un concepto en el que sólo menciona que lo importante de la planificación se refiere solamente al número de hijos que deben tenerse, asociando esto con la calidad de vida que les pueden o deben proporcionar. Pero una visión más amplia sobre la Planificación Familiar y su importancia no la tienen; todavía no comprenden que no sólo afecta a la economía de la familia sino que es un factor muy importante que repercute en la salud de ellas y la de sus hijos, esto se ve reflejado en la salud de la población en general; ya que a mayor número de hijos resulta más alto el riesgo de morbi-mortalidad materno-infantil y el nivel de vida es inferior.

Pero nos damos cuenta que no ponen en práctica lo que dicen ya que tienen un promedio de 3.67 hijos por mujer, los cuales cuando crecen son utilizados como fuerza de trabajo incluso una gran mayoría emigran a los Estados Unidos en busca de mejorar su situación económica; otra causa para no poner en práctica la Planificación Familiar es la religión pues consideran que es un pecado ya que se deben tener los hijos que Dios mande, esta característica sociocultural es importante por la influencia que ejerce en las áreas rurales, situación que repercute en algunos procesos de la dinámica sociodemográfica.

Y como dentro de la Planificación Familiar se encuentran los Métodos Anticonceptivos fué necesario preguntar si los conocían, encontrando que el 81% de la muestra contestó afirmativamente y 19% mencionó no

conocerlos. Es importante observar que parece increíble que en estos tiempos donde los medios de comunicación como lo son el radio y la televisión que transmiten mensajes relacionados con la planificación no hayan sido escuchados por estas mujeres, o tal vez nos atrevemos a pensar que conocen los Métodos Anticonceptivos pero lo niegan afirmando con ello el rechazo que tienen hacia la Planificación Familiar.

Y si el 90% consideró importante la Planificación Familiar porque sólo el 59% hace uso de los Métodos Anticonceptivos para planificar, esto puede significar que a pesar de saber que es importante tanto para ellas como para sus hijos, se ven condicionadas por diversas causas a no utilizarlos; entre las que más nos mencionaron se encuentran las siguientes; su esposo no les permite el uso de Métodos Anticonceptivos argumentando que él las va a cuidar, tienen miedo a sufrir alguna enfermedad si los utilizan, no necesitan planificar, entre otras causas. Lo anterior nos hace suponer deficiencias en los programas de Planificación Familiar a nivel Nacional y Estatal respecto a las acciones informativas y educativas hacia la población ya que las actividades educativas son limitadas y no están orientadas a grupos de edades específicos restringiéndose básicamente a dar información general sin reparar en las características del grupo a quien va dirigido.

De las mujeres que planifican el método que más utilizan son las pastillas e inyección esto tal vez sea el reflejo de la facilidad con que se pueden obtener, pues la encuentran sin costo en el Centro de Salud y con la Auxiliar de Salud, en la farmacia sin receta y a bajo costo, al igual que con el Médico particular. Los períodos por los que han sido utilizadas son variadas hay quienes van iniciando el uso y quienes llevan más de dos años con el método. Las mujeres que los utilizan son en todos los rubros de edades. También se observa que el DIU ocupa un importante porcentaje de utilización, sobre todo en las mujeres jóvenes y que tienen poco tiempo de habérselo colocado. La OTB fué la opción de un porcentaje menor que se esperaba fuera elección de mujeres maduras y no fue así son jóvenes las que lo decidieron.

El preservativo o condón tiene un porcentaje menor. Resulta interesante observar la baja aceptación que tiene el preservativo, lo que a nuestro

parecer nos hace inferir que a pesar de que los programas de Planificación Familiar formulados hasta el momento promueven la importancia de la participación activa del varón en la planificación, hasta el momento no se ha logrado consolidar dicho objetivo ya que son muchos los factores que se encuentran en contra del mismo; primero la no existencia de acciones educativas específicas dirigidas al varón en cualquier medio, urbano o rural, los bajos niveles educativos que la pareja observa, la dependencia económica de la mujer hacen que el machismo siga prevaleciendo en el hombre; y se ve reflejado en el número de hijos (4-9 y/o 10 o más) que tienen las mujeres que no planifican o las que deciden planificar cuando ya tienen más de 4 hijos.

A continuación se tratan las opiniones que la población encuestada refiere acerca de la Auxiliar de Salud y para obtener esta información se preguntó en primer lugar si la conocían a lo que el 100% contestó afirmativamente, ya que en más de una ocasión han requerido de sus servicios; un aspecto que nos pareció importante fué si el estado civil y la edad de la Auxiliar de Salud resultaban ser inconvenientes para que la población de su comunidad acudiera con ella y les proporcionara el servicio de Planificación Familiar, a lo que el 88% de la muestra expresó que esas características no eran inconveniente porque la Auxiliar con la que cuentan en su comunidad es casada y mayor de edad, el 12% restante opinó que si es inconveniente pero porque la Auxiliar de su comunidad es soltera y relativamente joven (20 años); podemos decir entonces que aunque dentro de nuestros resultados se exprese un mayor porcentaje de que no resulta inconveniente el estado civil y la edad es porque tres de las comunidades que se incluyeron en la muestra su auxiliar es casada y mayor de 28 años, y la cuarta comunidad en estudio cuenta con una auxiliar joven (20 años) y soltera, de esta comunidad fue donde surgió el 12% donde se consideró un inconveniente la edad y el estado civil para prestar el servicio de Planificación Familiar argumentando que es demasiado joven y si no esta casada les resulta vergonzoso pedirle los Métodos Anticonceptivos ya que la anticoncepción en el área rural les resultan un tabú.

Respecto a si la prestación de servicios básicos de salud de atención primaria (Planificación Familiar, atención en el embarazo, parto y puerpe-

rio, atención al menor de cinco años, actividades varias) que proporciona o debería proporcionar la Auxiliar de Salud resultaba Bueno, Regular o Malo; la gran mayoría opinó que es bueno, una minoría expresó que era regular y solo el 1% manifestó considerarlo malo. Expresando que el servicio es bueno si; las trata bien cuando acuden con ella, si las atiende sin prisa, no les niega los medicamentos, está dispuesta para ayudarlas, tiene buen carácter. Lo consideran regular cuando le falta alguna de las características anteriores y el 1% que consideró malo el servicio manifestó que las relaciones con la auxiliar no son buenas tiene problemas personales con ella, y en su opinión otra persona debería tener el programa.

La mayoría de las mujeres encuestadas mencionan que la Auxiliar de Salud es discreta y que tienen confianza en ella para acudir a solicitar algún Método Anticonceptivo; entonces ¿Porqué tiene tan pocas usuarias?; ya que de las que lo negaron argumentaron que no la conocen lo suficiente, consideran que no tiene los conocimientos necesarios para brindar el servicio de Planificación Familiar y su poca o nula discreción. Dentro de las actividades que debe realizar la Auxiliar de Salud se encuentra la promoción y difusión de los servicios que brinda y en particular el programa de Planificación Familiar más sin embargo cuando acuden con ella a solicitar algún servicio y ella tiene la oportunidad de hacer promoción a los Métodos Anticonceptivos no lo hace desaprovechando así una oportunidad para ir concientizando poco a poco a la comunidad de lo importante que es la planificación familiar y esto da como resultado que los índices de natalidad sigan en aumento, aunado a ello se encuentra que la población en general no toma conciencia de la importancia de preservar la salud teniendo pocos hijos.

Podemos mencionar que tal vez otra causa para que las mujeres no acudan con la auxiliar es la comunicación que existe entre las que planifican y acuden por el Método Anticonceptivo con ella y las que no planifican. Pues de acuerdo a los resultados obtenidos del 28.8% (17) de las mujeres que adquieren el Método con la auxiliar más de la mitad de éstas refieren que no les menciona cuales son las indicaciones o contraindicaciones (efectos colaterales). Inferiendo con ello que si las mujeres que planifican conversan con las que no la hacen, las primeras podrían dar

puntos de vista erróneos e incluso manifestar que han llegado a sentir alguna molestia desde que iniciaron el control natal; sin saber que los efectos secundarios o colaterales de los Métodos Anticonceptivos como son por ejemplo los hormonales orales e inyectables pueden afectar a algunas mujeres y no a todas y que es normal ciertos cambios cuando se inicia un control de la fertilidad sobre todo con hormonales.

Si analizamos todo lo anterior podemos decir que solo se refieren a la calidez del servicio más no mencionan la calidad entendiendo que calidad en el servicio son los conocimientos que debe tener la Auxiliar de Salud para prestar y/o brindar un buen servicio básico de salud de atención primaria conocimientos que debe adquirir por medio del personal de la Estrategia de Extensión de Cobertura a través de capacitación ya sea formal e informal, donde la informal es la que más se proporciona; esto en beneficio de la comunidad ya que si se logra un cambio en la auxiliar aumentando y/o mejorando sus conocimientos, ella promueve a través de la promoción de todos los servicios que brinda, el mejorar las condiciones de vida de la población, pues con la adquisición de conocimientos se hace conciencia de la problemática existente logrando un vínculo entre los servicios básicos de salud y la comunidad a través de la Auxiliar de Salud mejorando así la salud de la población porque recordemos que todo cambio de conducta está condicionado por un aprendizaje.

Pero si además de lo anterior se motiva a la Auxiliar de Salud a querer por ella misma adquirir esos conocimientos, sería mucho mejor, pero recordemos que ello puede resultar utópico pues la auxiliar es una persona que pertenece a la misma comunidad por tanto tiene la misma cultura, en gran mayoría son mujeres casadas que tienen hijos que atender al igual que un hogar del que tienen que se tienen que encargar y por si fuera poco ayudan en las labores agrícolas cuando es temporada para ello. Algunas aceptaron encargarse de los programas de la Estrategia de Extensión de Cobertura porque en algún momento el personal de la EEC prometió darles un incentivo económico mensual que ellas consideraron como un pago por la realización de las actividades de los programas, se programaron dos visitas mensuales las cuales por distintos motivos en algunas ocasiones no se realizan por parte del personal de la EEC, por lo tanto la

capacitación en servicio y de forma continua no se lleva a cabo, incluso podemos mencionar que el personal encargado de ello (Supervisoras de Auxiliares de Salud) tampoco está muy convencido de las actividades de capacitación que debe realizar y en las visitas que realiza a la comunidad se limita a recabar información para el SEIB que son los registros numéricos de las actividades de la Auxiliar de Salud.

CONCLUSIONES

En las zonas rurales la vida cotidiana condiciona los factores que influyen en las decisiones de las mujeres para planificar la familia encontrándose los siguientes:

El bajo nivel educativo que impera en el área rural siendo éste más notorio en el sexo femenino, relacionado con la dependencia económica de la mujer hacia el cónyuge; el matrimonio a edades tempranas e imperancia de costumbres y tradiciones crean la repetición de patrones culturales que reflejan la subordinación del sexo femenino al masculino y la exaltación de la procreación como elemento primordial de la vida en pareja. Todo ello nos lleva a comprender el porque del rechazo hacia la Planificación Familiar

La mujer en el área rural posee diversos grados de información sobre Planificación Familiar sin embargo está en sus características es inadecuada e imprecisa impidiéndole a la mujer comprender lo que es la Planificación Familiar y los Métodos Anticonceptivos para decidir de manera libre, responsable e informada sobre el control de la fertilidad. Resulta interesante observar como la calidad de la información que se proporciona al sexo femenino sobre Planificación Familiar influye en su decisión de aceptar o rechazar a los Métodos Anticonceptivos.

El comportamiento social y económico de una población en un país obedece a valores de tipo cultural, que inciden en sus costumbres matrimoniales, de procreación de familias grandes o pequeñas y en el mayor y menor uso de prácticas de control de la natalidad que consecuentemente determinaran la frecuencia de nacimientos y que combinada con la frecuencia de muertes, se convierten en el mayor factor del aumento o disminución naturales de la población y de la estructura de edades. Otro fenómeno importante es la migración.

Las comunidades rurales aceptan a la Auxiliar de Salud por los beneficios que reciben con la prestación de servicios básicos de salud, ya que todo es gratuito pero tratándose del programa de Planificación Familiar existen limitantes debido principalmente a los patrones culturales imperantes en las áreas rurales; por la poca o nula promoción y difusión que realiza tanto la Auxiliar de Salud como los miembros del equipo de Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC) hacia este programa, podemos justificar a la auxiliar porque la capacitación que recibe por parte del personal de la de la Secretaría de Salud (SS) en particular la Supervisora de Auxiliares de Salud (SAS) es paupérrima ya que esta se dedica solamente a recabar información de las diferentes carpetas para el SEIB. Solo las AS que tienen la oportunidad de contar con la presencia de un pasante de la ENEO reciben capacitación en forma continua por lo menos durante el período que cuentan con el pasante diferencia que es notoria cuando la AS no tiene ese tipo de capacitación. Esto se refleja en la prestación de servicios que proporciona la AS a su comunidad. Podemos mencionar también que a pesar de los esfuerzos del pasante por cambiar la forma de pensar de las AS resulta ser realmente una tarea difícil pues la indiosincracia en ellas como en sus comunidades es tan arraigada que aun cuando se les esté capacitando en forma continua reflejan su forma de pensar al no proporcionar información clara sobre la Planificación Familiar y los Métodos Anticonceptivos.

SUGERENCIAS

Las recomendaciones que a continuación se formulan se han realizando con base en los resultados obtenidos y tomando en cuenta las experiencias vividas dentro de la comunidad.

Es importante mejorar la educación que se brinda a los jóvenes en las comunidades rurales, ya que no basta con enseñarlos a leer, escribir y hacer operaciones aritméticas simples, como lo han estado haciendo desde antaño, se requiere brindar una educación más integral y objetiva en la que se implementen temas específicos sobre sexualidad y Planificación Familiar a niños y jóvenes que cursen el nivel básico, la información proporcionada dependerá del grado escolar del alumno, así mismo los mensajes deberán ser precisos y sencillos, favoreciendo su fácil comprensión, además de fomentar la capacidad crítica del infante y adolescente para enfrentarse de manera crítica a la problemática existente en su contexto histórico y que le brinde la posibilidad de desarrollarse, además de romper con esterotipos machistas que promueven la superioridad del hombre sobre la mujer.

Consideramos que dentro de el programa de Planificación Familiar no se puede continuar limitando el aspecto educativo a un nivel superficial como lo es la información se requiere concientizar y crear cambios de conducta en la población sólo logrados por una educación objetiva y

práctica, a través de recursos humanos capaces de concientizar a la comunidad de que la Planificación Familiar debe ser un medio para espaciar el número de hijos, y no valorarse como un medio tajante para dar por determinada la natalidad precediendo a está una situación de alto riesgo caracterizada por multiparidad y pobreza.

La relación entre el personal de la Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC) con la Auxiliar de Salud debe cambiar realizando efectivamente la capacitación y no solamente recabación de información para fines estadísticos; dicha capacitación debe ser supervisada en forma continua y minuciosa por parte del personal estatal y central.

La Secretaría de Salud (SS) debe contar con personal capacitado que logre planear e implementar acciones sobre Planificación Familiar en el área rural y esto permitirá que la atención que se proporciona a la población mejore considerablemente; ya que a nuestro parecer no puede continuar trabajando el primer nivel gente que no posee la suficiente preparación.

Bibliografía

1. AGUILAR, Citlali, Et. Al. *Textos y pretextos once estudios sobre la mujer*. Ed. Colegio de México. 1992.
2. ALVARADO, Lourdes, *El siglo XIX ante el feminismo. Una interpretación positiva*. UNAM, México, 1991.
3. ANDER EGA, Ezequiel. *Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad*. México, D.F. Ed. El Ateneo, 1991.
4. C. BENSON, Ralph, *Diagnóstico y tratamiento ginecoobtétricos*. 4a. ed. México. Ed. Manual Moderno. 1986.
5. *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Talleres gráficos de la Nación, México. 1988.
6. CLIFFORD KIMBER, Diana *Manual de Anatomía y Fisiología*. 6a. ed. México. Ed. Prensa Médica Mexicana. 1973.
7. DE IBARROLA, María. *Sociología de la Educación*. México Ed. El Caballito. 1986.
8. Diario Oficial. Norma Técnica No. 22. México, 1986. Segunda Sección.

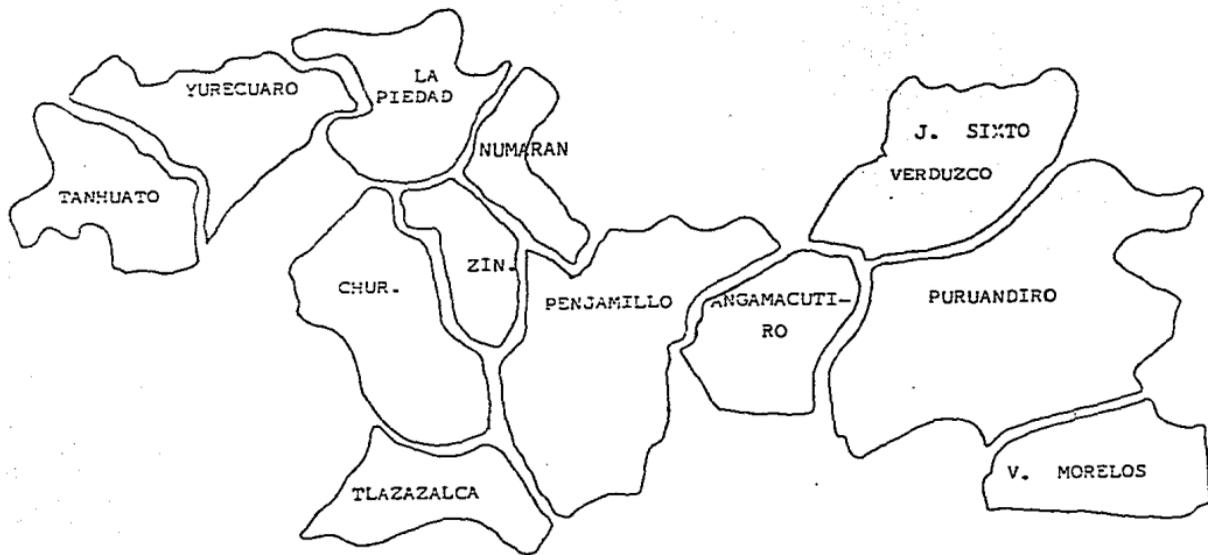
9. ESCALANTE FORTON, Rosendo, Et. Al. *Investigación y desarrollo de la comunidad*. México. Ed. Oasis 1979.
10. GOITIA MARQUES, Ana María. *Planificación Familiar y Salud Reproductiva*. Material mimeografiado.
11. HERNAN, San Martín. *Salud y Enfermedad*. 4a. ed. México. Ed. Prensa Médica Mexicana. 1984.
12. INEGI. *Censo General de Población y Vivienda 1990*. México.
13. INEGI. *Censo del Estado de Michoacán*. México. 1990.
14. J. REITH, Edward. *Anatomía y Fisiología para Enfermería*. México. Ed. Continental. 1969.
15. LAGARDE, Marcela. *Cautiverios de las mujeres madres-esposas, monjas, presas putas y locas*. UNAM, México 1990.
16. LAROUSSE. *Diccionario básico escolar*. México. 1992.
17. M.J. Rand, Et. Al. *Farmacología*. México. Ed. Interamericana, 1985.
18. MONDRAGON CASTRO, Héctor. *Obstetricia básica ilustrada*. 4a. ed. México. Ed. Trillas 1986.
19. OLDS. B. Sally. *Enfermería Materno-Infantil*. 4a. ed. México. 1989.
20. POTERFIEL, Daniel. *La Salud de la Comunidad*. México. Ed. Omega. 1967.
21. PARKER ANTHONY, Catherine. *Anatomía y Fisiología*. 8a. ed México. Ed. Interamericana. 1974.
22. QUIROZ GUTIERREZ, Fernando. *Tratando de Anatomía Humana*. tomo III. México. Ed. Porrúa. 1992.
23. R. NISWANDER, Kenneth. *Manual de Obstetricia*. México. 1989.

24. Secretaría de Gobierno. Dirección del Registro Civil. *Pláticas pre-matrimoniales*. México, D.F.
25. Secretaría de Salud. Dirección General de Planificación Familiar. *Actualización de Métodos Anticonceptivos*. 1a. ed. México. 1993.
26. Secretaría de salud. Dirección General de Planificación Familiar. *Cuadernos Técnico No. 12 de Planificación Familiar y Atención Materno-Infantil en la Estrategia Extensión de Cobertura*. México, 1991.
27. Secretaría de Salud. Dirección General de Planificación Familiar. *Folleto informativo EEG*.
28. Secretaría de Salud. Dirección General de Planificación Familiar. *Implantes Subdermicos*. México, 1987.
29. Secretaría de Salud. *Información Básica para la pareja que contraerá Matrimonio*. México, D.F.
30. Secretaría de Salud. Estrategia de Extensión de Cobertura *Instrumento para proporcionar servicios básicos de salud a la población*. México, D.F.
31. Secretaría de Salud. Dirección General de Planificación Familiar. *Los Métodos Anticonceptivos y Los Procedimientos Naturales*. México. 1993.
32. Secretaría de Salud. Dirección General de Planificación Familiar. *Nuevos Métodos Anticonceptivos*. México, 1986.
33. Secretaría de Salud. *Una nueva opción... Vasectomía sin Bisturí*. México, D.F.
34. Sistema Nacional de Salud. *Varios Folletos informativos*. México, D.F.
35. TORTADORA GERARD, Joshep. *Principios de Anatomía y Fisiología*. 3a. ed. México. Ed. Harla, 1984.

36. UNAM.ENEEO. *Cuaderno de apoyo a la investigación*. 2a. ed. México, 1989.

37. WATSON HAWKINS, Joellen. *Enfermería Ginecológica y Obstétrica*. México. Ed. Interamericana, 1978.

ANEXOS



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

Cuestionario dirigido a la población de cuatro comunidades del módulo III,
de la Jurisdicción Sanitaria No. VI La Piedad Michoacán.

1. Nombre: _____

2. Comunidad: _____

3. Edad: _____ Edo. Civil: _____

4. Escolaridad: _____ No. de hijos: _____

5. Tipo de Religión: _____

6. Qué entiendes por Planificación Familiar? _____

7. Creé que es importante la Planificación Familiar?

Si () No () Por qué? _____

8. Conoce usted los métodos anticonceptivos?

Si () No ()

9. Cuáles conoce? _____

10. Usted ha utilizado algún método anticonceptivo?

Si () No () Por qué? _____

Si contesta no pasar a la pregunta No. 14

11. Qué método utiliza? _____

12. Dónde obtuvo el método? _____

13. Cuánto tiempo lo ha utilizado? _____

14. Conoce a la AS? Si () No () Por qué? _____

15. Creé usted que la edad y el Edo. civil de la AS sea un inconveniente para prestar el servicio de Planificación Familiar? Si () No ()

Por qué? _____

16. Cómo considera el servicio que le brinda la AS?

Bueno () Malo () Regular ()

Por qué? _____

17. La AS le da confianza para que usted acuda a tomar un método anticonceptivo? Si () No ()

Por qué? _____

18. Considera discreta a la AS? Si () No ()

Por qué? _____

19. La AS le da difusión a los métodos anticonceptivos cuando acude por otras circunstancias con ella?

Si () No ()

Por qué? _____

20. Ella le dice las indicaciones y contraindicaciones de los métodos anticonceptivos, si usted asiste a controlarse con ella?

CUADRO No. 1

Edad de las mujeres en edad fértil unidas del módulo III, La
Piedad, Michoacán.

Septiembre, 1993

Edad	Fo.	%
16-20	12	12
21-25	23	23
26-30	27	27
31-35	14	14
36-40	14	14
41-45	7	7
46-49	3	3

Fuente: Encuestas aplicadas a mujeres que habitan en cuatro de las comunidades que forman el módulo III, Jurisdicción Sanitaria No. VI, La Piedad, Michoacán. En el mes de Septiembre de 1993.

CUADRO No. 2

Número de hijos que tienen las mujeres en edad fértil unidas de cuatro comunidades del módulo III, La Piedad, Michoacán.

Septiembre, 1993

No. de hijos	Fo.	%
1-3	60	60
4-9	36	36
10 ó más	4	4
Total	100	100

Fuente: Misma del Cuadro No. 1

CUADRO No. 3

Escolaridad de las mujeres en edad fértil unidas, de cuatro comunidades que pertenecen al módulo III, La Piedad, Michoacán.

Septiembre, 1993

Escolaridad	Fo.	%
Analfabeta	13	13
Primaria Incompleta	61	61
Primaria Completa	19	19
Otros Estudios	7	7
Total	100	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 4

Comprensión de Planificación Familiar por parte de las mujeres en edad fértil unidas de cuatro comunidades que pertenecen al módulo III, La Piedad, Michoacán.

Septiembre, 1993

Comprensión	Fo.	%
Si	89	89
No	11	11
Total	100	100

Fuente: Misma del Cuadro No. 1

CUADRO No. 5

Importancia de la Planificación Familiar entre las mujeres en edad fértil unidas de cuatro comunidades del módulo III, La Piedad, Michoacán.

Septiembre, 1993

Importante	Fo.	%
Si	90	90
No	10	10
Total	100	100

Fuente: Misma del Cuadro No. 1

CUADRO No. 6

Conocimiento de los Métodos Anticonceptivos por parte de las mujeres en edad fértil unidas de cuatro comunidades que pertenecen al módulo III, La Piedad, Michoacán.

Septiembre, 1993

Conocimiento	Fo.	%
Si	81	81
No	19	19
T o t a l	100	100

Fuente: Misma de Cuadro No. 1

CUADRO No. 7

Utilización de Métodos Anticonceptivos de las mujeres en edad fértil unidas de cuatro comunidades del módulo III, La Piedad, Michoacán.

Septiembre, 1993

Utilización de Métodos Anticonceptivos	Fo.	%
Si	59	59
No	41	41
Total	100	100

Fuente: Misma del Cuadro No. 1

CUADRO No. 8

Relación entre el Método utilizado y el lugar donde lo obtienen las mujeres en edad fértil unidas de cuatro comunidades del módulo III, La Piedad, Michoacán.

Septiembre, 1993

Método Anticonceptivo	Médico Particular		Centro de Salud		I.M.S.S.		Auxiliar de Salud		Farmacia		Total	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
Pastillas	6	10.17	3	5.08	-	-	13	22.03	8	13.56	30	50.85
Inyección	3	5.08	3	5.08	-	-	2	3.39	2	3.39	10	16.96
Preservativo	-	-	3	5.08	-	-	2	3.39	-	-	5	8.47
D.I.U.	-	-	5	8.47	6	10.17	-	-	-	-	11	18.61
O.T.B.	-	-	2	3.39	1	1.7	-	-	-	-	3	5.08
Total	9	15.25	16	27.11	7	11.67	17	28.81	10	16.96	59	100

Fuente: Misma del Cuadro No. 1

CUADRO No. 9

Tiempo de utilización en meses de los Métodos Anticonceptivos de las mujeres en edad fértil unidas de cuatro comunidades del Módulo III, La Piedad, Michoacán.

Septiembre, 1993

Mét. Anti.	Tiempo de uso en meses											Total Fo. %
	0 - 6 Fo. %	7 - 12 Fo. %	13 - 18 Fo. %	19 - 24 Fo. %	25 - 30 Fo. %	31 - 36 Fo. %	37 - 42 Fo. %	43 y + Fo. %				
Pastillas	9 15.25	11 18.64	2 3.39	2 3.39	- -	3 5.08	- -	3 5.08	30 50.85			
Inyección	6 10.16	1 1.69	- -	3 5.08	- -	- -	- -	- -	10 16.95			
Preservat.	3 5.08	- -	1 1.69	1 1.69	- -	- -	- -	- -	5 8.48			
D.I.U.	2 3.39	4 6.79	- -	2 3.39	- -	2 3.39	- -	1 1.69	11 18.64			
O.T.B.	- -	- -	- -	2 3.39	- -	- -	- -	1 1.69	3 5.08			
Total	20 33.89	16 27.12	3 5.08	10 16.95	- -	5 8.48	- -	5 8.48	59 100			

Fuente: Misma del Cuadro No. 1

CUADRO No. 10

Relación entre edad y número de hijos de las mujeres en edad fértil unidas de cuatro comunidades del módulo III, La Piedad, Michoacán.

Septiembre, 1993

Número de Hijos

E d a d	1 - 3		4 - 9		10 ó más	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
16-20	12	12	-	-	-	-
21-25	19	19	4	4	-	-
26-30	16	16	11	11	-	-
31-35	6	6	7	7	1	1
36-40	6	6	6	6	2	2
41-45	1	1	6	6	-	-
46 ó más	-	-	2	2	1	1
Total	60	60	36	36	4	4

Fuente: Misma del Cuadro No. 1

CUADRO No. 11

Relación entre la edad y aceptación de los Métodos Anticonceptivos en las mujeres en edad fértil unidas de cuatro comunidades del módulo II, La Piedad, Michoacán.

Septiembre, 1993

Edad	Aceptación de los Métodos Anticonceptivos			
	Si		No	
	Fo.	%	Fo.	%
16-20	9	9	3	3
21-25	13	13	10	10
26-30	18	18	9	9
31-35	7	7	7	7
36-40	6	6	8	8
41-45	4	4	3	3
46-49	2	2	1	1
Total	59	59	41	41

Fuente: Misma del Cuadro No. 1

CUADRO No. 12

Relación entre el número de hijos y la aceptación de los Métodos Anticonceptivos por parte de las mujeres en edad fértil unidas de cuatro comunidades del módulo III, La Piedad, Michoacán.

Septiembre, 1993

No. de Hijos	Aceptación de los Métodos Anticonceptivos			
	Si		No	
	Fo.	%	Fo.	%
1-3	37	37	23	23
4-9	22	22	14	14
10 ó más	-	-	4	4
Total	59	59	41	41

Fuente: Misma del Cuadro No. 1

CUADRO No. 13

Opinión de las mujeres en edad fértil unida de cuatro comunidades del módulo III, La Piedad, Michoacán, sobre la edad y el estado civil de la auxiliar de salud como inconveniente en la prestación del Servicio de Planificación Familiar.

Septiembre, 1993

Inconveniente de la edad y estado civil	Fo.	%
Si	12	12
No	88	88
T o t a l	100	100

Fuente: Misma del Cuadro No. 1

CUADRO No. 14

Opinión de las mujeres en edad fértil unidas de cuatro comunidades del módulo III, La Piedad, Michoacán, sobre el servicio que brinda la Auxiliar de Salud.

Septiembre, 1993

Servicio	Fo.	%
Bueno	71	71
Regular	28	28
Malo	1	1
Total	100	100

Fuente: Misma del Cuadro No. 1

CUADRO No. 15

Confianza que tienen las mujeres en edad fértil unidas de cuatro comunidades del módulo III, La Piedad, Michoacán, para acudir con la Auxiliar de Salud ha tomar un método anticonceptivo.

Septiembre, 1993

Confianza	Fo.	%
Si	80	80
No	20	20
Total	100	100

Fuente: Misma del Cuadro No. 1

CUADRO No. 16

Opinión de las mujeres en edad fértil unidas de cuatro comunidades del módulo III, La Piedad, Michoacán; sobre la discreción de la Auxiliar de Salud.

Septiembre, 1993

Discreta	Fo.	%
Si	92	92
No	8	8
Total	100	100

Fuente: Misma del Cuadro No. 1

CUADRO No. 17

Opinión de las mujeres en edad fértil unidas de cuatro comunidades del módulo III, La Piedad, Michoacán, sobre la difusión de métodos de planificación familiar cuando acuden con la auxiliar de salud por otras circunstancias.

Septiembre, 1993

Difusión	Fo.	%
Si	38	38
No	62	62
Total	100	100

Fuente: Misma del Cuadro No. 1

CUADRO No. 18

Opinión de las mujeres en edad fértil unidas de cuatro comunidades del módulo III, La Piedad, Michoacán, sobre indicaciones y contraindicaciones que la auxiliar de salud da a las mujeres que asisten a controlarse con ella.

Septiembre, 1993

Indicaciones y Contraindicaciones	Fo.	%
Si	8	47.07
No	7	41.17
A veces	2	11.76
Total	17	100

Fuente: Misma del Cuadro No. 1