



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

INFLUENCIA DE LOS FACTORES RELIGIOSOS,
CULTURALES Y EDUCACIONALES EN LA
ACEPTACION DE LA PLANIFICACION FAMILIAR Y
LA PRACTICA ANTICONCEPTIVA EN LAS MUJERES
EN EDAD FERTIL DE LAS COMUNIDADES RURALES
EN LOS MODULOS: TARIMBARO Y CUITZEO DEL
ESTADO DE MICHOACAN.

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERIA
Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A N :
ESCALONA MORALES MA. DEL PILAR
REYES ARAIZA BEATRIZ

FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F.

1995





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

DEDICATORIAS

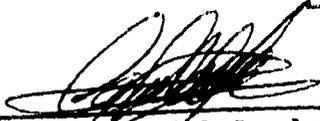
A mis padres y hermanos
por ser mis mejores amigos,
en los momentos de tristeza y
desesperación, por sus sabias
palabras, ya que con su apoyo
y confianza me dieron aliento y
fuerza para continuar y llegar a
la culminación de ésta profesión
y sobre todo el saber que siempre
contaré con ustedes.

Carlitos ...
Mi niño es la verdad con
la cara sucia,
la sabiduría, con el pelo
desgreñado y la esperanza en
el futuro con una rana en
el bolsillo

te amo . . .

U. N. A. M.
ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
COORDINACION DE SERVICIO
SOCIAL Y OPCIONES TERMINALES
DE TITULACION

Vo. Bo.



Lic. Ezequiel Canela Núñez
ASESOR

DEDICATORIAS

AL LIC. EZEQUIEL CANELA NUÑEZ

**Con admiración y respeto ya
que con su valioso apoyo
dedicación y esfuerzo logró
transmitir los conocimientos
necesarios para la elaboración
de la presente Tesis.**

**A todas aquellas personas que
desinteresadamente colaboraron
en la realización de esta
investigación y sin las cuales
no habríamos podido seguir
adelante.**

INDICE

	Págs
Introducción	i
Justificación	ii
Planteamiento del problema	iii
Objetivos	iiii
Metodología	iiiii
I. Marco teórico	
1.1 Anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino.	1
1.1.1 Organos del aparato reproductor femenino	1
1.1.2 Ciclo menstrual y ciclo ovárico	9
1.1.3 Hormonas sexuales femeninas	11
1.2 Educación sexual.	13
1.2.1 Conceptos básicos	13
1.2.2 Historia de la sexualidad	16
1.3 Planificación familiar	21
1.3.1 Antecedentes históricos de la planificación familiar	21
1.3.2 Conceptos básicos	24
1.3.3 Factores religiosos	26
1.3.4 Factores culturales	28
1.3.5 Factores educacionales	35

1.3.6	Factores sociales	36
1.3.7	Factores legislativos	37
1.4	Metodología anticonceptiva	41
1.4.1	Conceptos de métodos anticonceptivos	41
1.4.2	Métodos naturales	41
1.4.3	Métodos hormonales	46
1.4.4	Métodos locales o barrera	60
1.4.5	Método intrauterino o dispositivo intrauterino	62
1.4.6	Métodos definitivos	66
2.	Resultados	71
2.1	Análisis de cuadros	72
2.2	Cuadros	79
3.	Conclusiones	98
4.	Alternativas de solución	102
5.	Anexos	105

- Cédula de entrevista
- Glosario de términos
- Bibliografía

INDICE DE CUADROS
TITULO

No.		Págs.
1	Edad de las mujeres entrevistadas que pertenecen a los módulos de Tarimbaro y Cuitzeo del Estado de Michoacán.	79
2	Escolaridad de las mujeres entrevistadas que pertenecen a los módulos de Tarimbaro y Cuitzeo del Estado de Michoacán.	80
3	Estado civil de las mujeres que pertenecen a los módulos de Tarimbaro y Cuitzeo del Estado de Michoacán.	81
4	Personas con las que viven las mujeres entrevistadas pertenecientes a los módulos de Tarimbaro y Cuitzeo del Estado de Michoacán.	82
5	Religión practicada por las mujeres pertenecientes a los módulos de Tarimbaro y Cuitzeo del Estado de Michoacán.	83
6	Punto de vista de las mujeres de la aceptación de la planificación familiar por parte de la religión.	84

INDICE DE CUADROS
TITULO

No.		Págs.
1	Edad de las mujeres entrevistadas que pertenecen a los módulos de Tarimbaro y Cuitzeo del Estado de Michoacán.	79
2	Escolaridad de las mujeres entrevistadas que pertenecen a los módulos de Tarimbaro y Cuitzeo del Estado de Michoacán.	80
3	Estado civil de las mujeres que pertenecen a los módulos de Tarimbaro y Cuitzeo del Estado de Michoacán.	81
4	Personas con las que viven las mujeres entrevistadas pertenecientes a los módulos de Tarimbaro y Cuitzeo del Estado de Michoacán.	82
5	Religión practicada por las mujeres pertenecientes a los módulos de Tarimbaro y Cuitzeo del Estado de Michoacán.	83
6	Punto de vista de las mujeres de la aceptación de la planificación familiar por parte de la religión.	84

7	Concepto de educación sexual que conocen las mujeres entrevistadas que pertenecen a los módulos de Tarímbaro y Cuitzeo del Estado de Michoacán.	85
8	Grado de conocimiento sobre la constitución -- del aparato reproductor femenino con el que -- cuentan las mujeres que pertenecen a los módulos de Tarímbaro y Cuitzeo del Estado de -- Michoacán.	86
9	Principales órganos que según las mujeres entrevistadas conocen el aparato reproductor femenino.	87
10	Concepto de planificación familiar que manejan las mujeres entrevistadas que pertenecen a los módulos de Tarímbaro y Cuitzeo de Estado de Michoacán.	88
11	Importancia que tiene la planificación familiar para las mujeres que pertenecen a los módulos de Tarímbaro y Cuitzeo del Estado de Michoacán.	89
12	Opinión de las mujeres sobre con quien asistir para recibir información de planificación familiar.	90

13	Personas con las que asisten las mujeres entrevistadas para recibir información de planificación familiar.	91
14	Importancia que tiene la utilización de los métodos anticonceptivos para las mujeres entrevistadas que pertenecen a los módulos de Tarimbaro y Cuitzeo del Estado de Michoacán.	92
15	Uso de algún método anticonceptivo por parte de las mujeres entrevistadas que pertenecen a los módulos de Tarimbaro y Cuitzeo del Estado de Michoacán.	93
16	Factores que influyen para que las mujeres entrevistadas no utilicen algún método anticonceptivo.	94
17	Razones por las que las mujeres entrevistadas o su pareja han usado algún método anticonceptivo.	95
18	Métodos anticonceptivos conocidos por parte de las mujeres entrevistadas que pertenecen a los módulos de Tarimbaro y Cuitzeo del Estado de Michoacán.	96

INTRODUCCION

La presente investigación se realizó para analizar e identificar la influencia que tienen los factores religiosos, culturales y educacionales en la aceptación de la planificación familiar y la práctica anticonceptiva en las mujeres en edad fértil de las comunidades rurales en los módulos Tarimbaro y Cuitzeo del Estado de Michoacán donde existe una actitud de rechazo hacia la planificación familiar y la práctica anticonceptiva debido a que las mujeres viven dedicadas sólo a la procreación y crianza de hijos así como de otros aspectos.

Tomando en cuenta el problema de la investigación se maneja las siguientes variables: Edad, escolaridad, estado civil, religión, educación sexual, aceptación de la planificación familiar, aceptación de los métodos anticonceptivos, factores culturales; e incluyendo los aspectos de la metodología en cuanto a un universo de todas las mujeres en edad fértil de veinte comunidades rurales de los módulos de Tarimbaro y Cuitzeo; se seleccionó una muestra de 230 mujeres entre los 15 años a 49 años de edad.

En el marco teórico se presentan los temas: Anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino, educación sexual, planificación familiar y metodología anticonceptiva, los siguientes capítulos los ocupan los resultados, cuadros, conclusiones, alternativas de solución, anexos, el glosario de términos y la bibliografía. Utilizándose como instrumento de recolección de datos una célula de entrevista que se aplicó a las mujeres en edad fértil. La información obtenida se analizó y se concentró en cuadros obteniéndose las siguientes conclusiones.

Que un 71.7% de las mujeres en edad fértil no utilizan algún método anticonceptivo debido a que en estas comunidades todavía imperan ideas y costumbres arraigadas desde antaño así como la existencia de patrones machistas, múltiples prejuicios y tabus en torno a la sexualidad, desconocimiento de la mujer sobre su propia constitución anatómica y fisiológica, como de la importancia de la planificación familiar.

En base a ello, se propone lo siguiente:

Proporcionar educación sexual a toda la población con énfasis en los adolescentes, como a todas las mujeres que se encuentran en edad reproductiva, así como su anatomía y fisiología de los órganos genitales; promover los diferentes métodos anticonceptivos, sus indicaciones, ventajas y desventajas, fomentar la participación más activa del hombre en el uso de los métodos anticonceptivos, así mismo intensificar acciones educativas específicas dirigidas al varón.

JUSTIFICACION

La presente investigación se considera importante ya que como pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia y participantes en la Estrategia de Extensión de Cobertura, asignadas a los módulos de Tarimbaro y Cuitzeo del Estado de Michoacán.

Se observó que las mujeres en edad fértil se encontraban con serias limitaciones para la aceptación de la planificación familiar y la práctica anticonceptiva existiendo un grado académico bajo, matrimonios a temprana edad, teniendo desconocimiento sobre los métodos anticonceptivos. Muchas de las mujeres todavía se encuentran condicionadas a las decisiones de los padres, suegros o esposos.

Por otra parte el crecimiento de la población repercute directamente en múltiples ordenes; como la justicia e igualdad social, educación, trabajo y de salud.

La importancia de la planificación familiar tiene como objetivo fundamental mejorar la salud materno-infantil, plantear la información y los servicios que permitan a la pareja a decidir sobre el número de hijos deseados; como consecuencia de todo lo anterior, contribuir a la disminución de los niveles de fecundidad, con pleno respeto a la decisión y a la dignidad de pareja a fin de colaborar en lograr mejores niveles de vida.

Para conseguir lo anterior es necesario promover los diferentes métodos, para ello es importante que el prestador de servicio de salud conozca los aspectos médicos de los anticonceptivos a fin de que ofrezca una mejor información acerca de las diferentes modalidades, pero siempre con absoluto respeto a la ideología de la pareja. En la que se tomen en cuenta factores tradicionales religiosos y culturales.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ Como influyen los factores religiosos, culturales y educacionales en la aceptación de la planificación familiar y la práctica anticonceptiva entre las mujeres en edad fértil de los módulos de Tarímbaro y Cuitzeo del Estado de Michoacán?.

OBJETIVOS

GENERAL

Analizar la influencia que tienen los factores religiosos, culturales y educacionales en la aceptación de la planificación familiar y la práctica anticonceptiva en las mujeres en edad fértil.

ESPECIFICOS

Identificar el grado de conocimientos con respecto a los métodos anticonceptivos con los que cuentan las mujeres en edad fértil.

Detectar los factores religiosos, culturales y educacionales que condicionan la aceptación de la planificación familiar y la práctica anticonceptiva.

METODOLOGIA

VARIABLES E INDICADORES

Variables	Indicadores
Edad	15 a 19 años
	20 a 24 años
	25 a 29 años
	30 a 34 años
	35 a 39 años
	40 a 44 años
	45 a 49 años
Escolaridad	Analfabeta
	Sabe leer y escribir
	Primaria incompleta
	Primaria completa
	Secundaria incompleta
	Secundaria completa
Estado civil	Soltera
	Casada
	Unión libre
	Separada
	Viuda
	Divorciada

Religión

Católica
Evangelista
Testigo de Jehová
Otros.

Educación sexual

Conocimiento del aparato reproductor femenino.
Concepto de educación sexual

Aceptación de la planificación familiar.

Concepto de planificación familiar
Importancia de la planificación familiar.
Fuentes de datos para recibir información de planificación familiar.

Aceptación de los métodos anticonceptivos.

Importancia de la utilización de los métodos anticonceptivos
Grado de conocimiento de los métodos anticonceptivos.

Factores culturales

Influencia de los factores para la utilización de algún método anticonceptivo.
Razones por las que utilizan algún método anticonceptivo.

TIPO Y DISEÑO

Tipo

El tipo de la presente investigación es considerada como un problema social que repercute entre las mujeres en edad fértil.

Es diagnóstica porque a través de la investigación diagnosticamos como es la planificación familiar y la práctica anticonceptiva entre las mujeres en edad fértil.

Es observacional debido a que se presenció directamente el fenómeno de estudio.

Es de carácter transversal porque la investigación se realizó en un momento determinado y durante la estancia de las pasantes en el servicio social.

Descriptiva porque se describe la situación actual de la aceptación de los métodos anticonceptivos y la planificación familiar entre las mujeres en edad fértil de los módulos Tarimbaro y Cuitzeo del Estado de Michoacán.

Diseño

Para la integración del marco teórico se revisó y consultó la bibliografía relacionada con el problema.

Desglose del contenido, ordenando los capítulos y subcapítulos de la información obtenida en referencias bibliográficas.

Dentro de las 20 comunidades que integran los módulos de Tarimbaro y Cuitzeo del Estado de Michoacán se utilizó la entrevista y la aplicación de cuestionarios para la recolección de información necesaria.

TECNICAS E INSTRUMENTACION DE INVESTIGACION

Fichas de trabajo

Este instrumento permitió ordenar, recolectar y clasificar el material recopilado acerca del problema en estudio, para construir el marco teórico.

Observación

Se empleó para comprobar los datos obtenidos en los cuestionarios, como influyen los factores religiosos, culturales y educacionales en la aceptación de la planificación familiar y la práctica anticonceptiva en las mujeres en edad fértil de las comunidades rurales en los módulos de Tarimbaro y Cuitzeo del Estado de Michoacán, encontrando que influyen varios factores para que muchas de ellas no acepten la planificación familiar y la práctica anticonceptiva.

Entrevista

Esta técnica permitió establecer testimonios orales, mediante una relación directa con las entrevistadas para lo cual se elaboró un cuestionario aplicado a las mujeres de edad fértil de las comunidades rurales en los módulos de Tarimbaro y Cuitzeo del Estado de Michoacán, con lo que se obtuvieron los principales datos verídicos acerca del tema, debido a la gran cantidad de anécdotas que comentaron con gran interés.

Cuestionario

Se elaboró para obtener la información precisa, estructurándose un reactivo para cada uno de los indicadores de las variables que suman en total 16 reactivos con opciones de respuesta de 2 a 8 para cada uno de ellos, dicho cuestionario fue distribuido entre las mujeres de las 20 comunidades que se encuentran viviendo en los módulos de Tarimbaro y Cuitzeo del Estado de Michoacán obteniéndose disponibilidad y colaboración para dar respuesta a estos, su aplicación se llevó a cabo en los meses de Septiembre y Octubre de 1993.

INSTRUMENTACION ESTADISTICA

Universo, Población y Muestra.

El universo estuvo constituido por las mujeres en edad fértil de los módulos de Trimbaro y Cuitzeo del Estado de Michoacán.

La población la constituyen un total de 2300 mujeres entre la edad de 15 a 49 años.

La muestra fué de 230 mujeres en edad fértil entre 15 y 49 años de edad representando el 10% del universo de las comunidades de los módulos de Tarimbaro y Cuitzeo del Estado de Michoacán.

PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION

Se llevó por medio de la concentración y paloteo, presentando la información en cada cuadro de acuerdo a tres parámetros; también se realizó un cruzamiento de algunas variables para verificar que se comprueben los objetivos planteados en la investigación dando alternativas de solución a la problemática encontrada.

1.-MARCO TEORICO

1. MARCO TEORICO

1.1 Anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino.

1.1.1 Organos del aparato reproductor femenino.

ORGANOS EXTERNOS

Los genitales externos de la mujer se conocen globalmente como : Vulva o región pudenda, están constituidas por las siguientes estructuras:

Monte púbico o de Venus

Labios mayores

Labios menores

Clitoris

Meato urinario: glándulas parauretrales (Skene) y glándulas vulvovaginales o de Bartholin

Vestíbulo Vaginal

Himen

Horquilla

Periné. (1)

Monte púbico o de Venus

Es un saliente redondeado que se halla por delante de la sínfisis del pubis con un espesor que varía de 2 a 8 cm. según la constitución de la mujer.

Está constituido por un revestimiento cutáneo que cubre tejido celuloadiposo donde se encuentra trabéculas elásticas que se fijan a la línea blanca y a las aponeurosis adyacentes. (2)

(1) Olds Sally B. Enfermería Materno - Infantil, p . 80

(2) Quiroz Fernando. Tratado de Anatomía. Tomo III.P. 326

El tipo de vello depende en parte de la pigmentación de la mujer. Varía desde el grueso, ondulado y abundante, al sedoso, escaso fino del tipo de lanugo; el primero se observa entre las mujeres de raza negra y el segundo entre las mujeres orientales.

La función del monte de venus es triple. Ayuda a proteger los huesos pélvicos especialmente durante el coito, contribuye a los contornos rodeados del cuerpo femenino por último, aunque no tiene una función real en la reproducción parece ser importante desde el punto de vista sexual. (3)

Labios mayores

Son dos repliegues cutáneos alargados, simétricos de 7 a 8 cm de longitud por 2 a 3 cm de ancho y de un espesor variable en relación con la adiposidad de la mujer, por sus extremidades anteriores se unen formando la comisura anterior que se continúa con el monte de venus y por las posteriores poco pronunciadas, la comisura posterior y horquilla. Cada uno de ellos presenta dos caras: Externa e interna, la primera se halla separada del muslo correspondiente por el surco genito-crural mientras que la segunda se relaciona en parte con el labio menor, homólogo y cuando la vulva está cerrada también comparte con la cara interna del labio mayor opuesto, ambos labios mayor o menor, están separados por el surco interlabial.

El revestimiento cutáneo de su cara externa presenta cantidades variables de pigmento melánico que dan una coloración más acentuada a la piel de esa zona. Son abundantes los folículos pilosos así como las glándulas sebáceas y sudoríparas; estas últimas comprenden además de las de tipo holocrino habitual; glándulas de tipo apocrino que producen su secreción por decapitación del polo apical de las células estas son características de los labios mayores y de la piel de la región perianal y axilar después de la adolescencia por lo que algunos autores las consideran como verdaderas glándulas sexuales accesorias.

La cara interna es lisa húmeda de color rosado en su mitad superior en cambio la mitad inferior es muy semejante a la cara externa; pero con pilosidad mayor.

La función principal del surco vulvar tiene una función erótica potencial. (4)

(3) Olds. Op. cit. p. 81

(4) Gori, Roberto. Ginecología. p. 15

Labios menores

Labios menores o ninfas son pliegues suaves de piel situados entre los labios mayores que convergen tanto hacia abajo como hacia atrás, son homólogos de la uretra penil no fusionada del varón. Hacia su extremidad superior, cada labio menor se divide en dos laminillas. Las dos superiores se fusionan para formar el frenillo del clitoris por detrás de ellos se unen para formar la horquilla pliegue de piel que está por debajo del orificio vaginal. Cada labio menor tiene el aspecto de una mucosa resplandeciente húmeda y desprovista de folículos pilosos; además contiene gran cantidad de glándulas sebáceas. El tejido de ellos es eréctil y contiene tejido conectivo laxo, vasos sanguíneos numerosos, espacios venosos de gran tamaño, tejido muscular involuntario.

Las funciones de los labios menores consisten en lubricar e impermeabilizar la piel vulvar; brincar secreciones bactericidas e intensificar la excitación del placer sexual.

Clitoris

Se localiza en la unión anterior de los labios menores que constituyen el prepucio por delante y el frenillo por detrás, consiste en glande, cuerpo y pilares, el glande está cubierto en parte por el prepucio. En el extremo distal se manifiesta como abertura y orificio. Es visible entre los pliegues de los labios menores y tiene de 5 a 6 mm de longitud y 6 a 8 mm de diámetro su tejido es esencialmente eréctil, tiene riego sanguíneo e inervación riquísima.

Existe primordialmente para el disfrute sexual femenino; además produce esmegma. (5)

Meato Urinario

Es un orificio de forma variable, redondeado, estrellado, o en forma de hendidura, situado en la línea media a 2 cm detrás del clitoris, se observa a veces haciendo una ligera prominencia y otras en hundimiento.

(5) Olds. Op. cit. p. 82

Glándulas Parauretrales (Skene)

Son dos se localizan una a cada lado de la parte posterolateral de meato uretral, produce moco que lubrica el vestíbulo, son homólogas de la próstata.

Glándulas vulvovaginales o Bartholin

Son dos se ubican en los labios menores y en la pared vaginal, y desembocan en el introito, con su mucosidad lubrican la vulva y la parte externa de la vagina. (6)

Vestíbulo Vaginal

Es una pequeña superficie triangular ligeramente deprimida en sentido transversal, limitada a sus lados por los labios menores y en su base por el orificio uretral y el borde anterior del introito, mientras que el vértice está ocupado por el clitoris.

Himen

Membrana transversa, el orificio himenial es de dimensiones variables lo que condiciona sus tipos y sus anomalías, es en collar, anular, semilunar, labiado, cribiforme, hasta el caso de imperforación. Se localiza entre la unión del orificio vaginal con el vestíbulo. (7)

(6) Mondragón. Hector. Obstetricia Básica Ilustrada. p. 14

(7) Gori . Op. cit. p. 14

Horquilla

Lugar donde se unen los labios mayores con los menores en su parte posterior.

Periné

Región comprendida entre la horquilla y ano, constituido por músculos transversos del periné y bulbo cavernoso, se puede ver afectado por el trauma que condiciona el parto.

ORGANOS INTERNOS

Los órganos genitales internos son los siguientes:

- Vagina
- Utero
- Cérvix
- Istmo
- Cuerpo
- Trompas de Falopio
- Intersticial
- Istmica
- Ampular
- Pabellón
- Ovarios

Vagina

Conducto virtual, musculomembranoso se extiende de la vulva hasta el útero, se relaciona con la vejiga por su cara anterior y con el recto por su cara posterior.

Sus funciones y dirección.

- Conducto excretor del útero (menstruación, secreciones)
- Organó de la cópula
- Conducto del parto

Su dirección es curva de fuera hacia adentro y de abajo hacia arriba. Mide de 8 a 10 cm de longitud es muy distensible y, tiene arrugas transversales; se inserta en el útero formando los fondos del saco (anterior, posterior, laterales) formada por epitelio pavimentoso, capa muscular y tejido conectivo, se sostiene en su sitio mediante los ligamento cardinales o de Mackerodt y el músculo elevador del ano. (8)

Utero

El útero o matriz, es un órgano hueco destinado a contener el huevo fecundado durante su evolución y a expulsarlo cuando éste ha alcanzado su desarrollo completo. Está situado en la parte media de la vagina y por debajo de las asas intestinales, tiene la forma de como truncado y aplanado de adelante hacia atrás, de base superior y de 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. (9)

(8) Mondragón . Op. cit. p . 15

(9) Quiroz. Op. cit. p . 316

Mide de 7 a 8 cm de longitud y 5 a 6 de ancho, está formado por tres capas: Externa, Media, Interna.

Externa serosa o peritoneo: Cubre todo el cuerpo excepto la parte anteroinferior o sea la que se relaciona con la vejiga. Esta capa origina una serie de refuerzos que da lugar a los elementos de fijación del útero que son :

I ligamento redondo, II ligamento úterosacro, III ligamento cardinal o Mackenrodt, IV ligamento uteroovarico, V ligamento pubovesicouterino, VI ligamento uteroovarico.

Media, muscular o miometrio: Es la más gruesa y resistente está formada por fibras musculares lisas entrelazadas y mezcladas con tejido elástico constituido por fibras circulares longitudinales y arciformes.

Interna o endometrio: Capa que reviste la cavidad uterina que sufre cambios cíclicos por efecto hormonal y que al desprenderse da lugar a la menstruación. Formado por epitelio columnar que contiene gran cantidad de glándulas y vasos sanguíneos. De acuerdo con sus elementos de sosten, el útero tiene cierta movilidad y puede estar en anteversión, situación intermedia o retroversión.

Cérvix: Tiene forma cilíndrica; su longitud es de 3 cm, posee un orificio interno, otro externo y un cervical. La inserción vaginal lo divide en dos porciones intravaginal y supravaginal.

Las funciones del útero o matriz: Ayuda a lograr 3 funciones vitales de la supervivencia humana:

- 1) Menstruación
- 2) Gestación
- 3) Parto.

Trompas de Falopio

Son dos conductos de 10 a 12 cm de longitud por 1 a 2 cm de diámetro externo, son prolongaciones de cuernos uterinos que se dirigen lateralmente hacia afuera y delante. Tiene movimientos peristálticos, un conducto de 1 a 2mm, que es continuación de la cavidad uterina; termina en la cavidad peritoneal cerca del ovario. Están constituidas por 3 capas: Capa externa, serosa o peritoneal, que permite el deslizamiento sobre órganos vecinos.

Capa media muscular: Con fibras circulares y longitudinales.

Capa interna o endosalpinx: Constituida por epitelio revestido por ciliares; favorecen la progresión del espermatozoide y del huevo fecundado.

Asimismo, este órgano tiene 3 partes anatómicas que son :

Intersticial o intramural: Parte más proximal al útero que hace contacto con la cavidad uterina mediante un pequeño orificio (Ostium uterino).

Istmica parte interna de grosor constante que mide 3 a 4 cm de longitud, es cilíndrica y rectilínea, dura al tacto.

Ampular: Es la porción más extensa y amplia, de paredes más delgadas y de menor consistencia; de trayecto ondulado su longitud alcanza 7 u 8 cm de diámetro en el extremo distal es de 8 mm o más.

Pabellón: Se presenta como pequeño embudo, cuyo vértice está representado por un orificio de 2 a 3 mm de diámetro (Ostium abdominal), que lo comunica con la cavidad de la ampula tubaria. Actúa como conducto del óvulo, aunque en realidad no están conectadas con los ovarios, aquí ocurre la fecundación. (10)

Ovarios

Son dos estructuras glandulares en forma de almendra que se encuentran en la superficie del ligamento ancho por debajo del reborde pélvico y cerca del infundíbulo, su tamaño varía entre las mujeres según el ciclo menstrual. Los ovarios izquierdo y derecho tienen tamaño variable pesan de 6 a 10 gr y miden de 1.5 a 3 cm de ancho, de 2 a 5 cm de longitud y de 1 a 1.5 cm. de espesor, cambian de aspecto de órganos de superficie lisa a color blanco mate y se transforman en órganos de color gris punteado después de cada ovulación.

(10) Mondragón. Op. cit. p. 16-19

Los ovarios están cubiertos con una capa única de células epiteliales cuboideas que en conjunto se llaman epitelio germinal, hay capas que constituyen los ovarios: Túnica albugínea, la corteza, la médula.

Tunica albugínea: Es densa y de color blanco mate que sirve como capa protectora.

La corteza: Su parte principal contiene folículos de graaf, cuerpo lúteo, folículos atrécicos y cuerpos blancos todos conservados por estroma ovarico.

La médula: Está rodeada completamente por la corteza y contiene los nervios, vasos sanguíneos y linfáticos.

La función vital de los ovarios es liberar un óvulo maduro cada vez para fecundación, además de sus hormonas. (11)

1.1.2 Ciclo menstrual y el ciclo ovárico.

El ciclo menstrual consiste en una serie de cambios en el endometrio de la mujer no embarazada. Este último se prepara cada mes para la recepción del huevo fecundado, mismo que se transforma en embrión y luego en feto el cual permanece normalmente en el útero hasta que tiene lugar el parto. En caso de que no se efectúe la fecundación, se desprende la capa funcional del endometrio.

La menstruación se puede definir como hemorragia uterina ciclica como reacción a los cambios hormonales, la descarga menstrual está compuesta por sangre mezclada con líquido, secreción cervical, vaginal, bacterias, moco, leucocitos, desechos celulares parcialmente autolizados. La descarga menstrual es rojo oscuro y tiene un olor característico, es resultado de la necrosis tisular fisiológica causada por isquemia y anoxia del endometrio que ocurre cuando no se ha fecundado el óvulo. Se disminuye el flujo de sangre por las arteriolas espirales hacia el endometrio con lo que sobreviene isquemia y anoxia que a su vez produce necrosis y desprendimiento del endometrio (superficial) menstruación.

(11) Olds. Op. cit. p . 94

Al mismo tiempo que las arterias rectas brindan sangre suficiente para conservar el endometrio basal lo mismo que las glándulas o semillas endometriales encargadas de la regeneración del endometrio en el siguiente ciclo reproductivo o menstrual de la mujer. La hemorragia se controla por vasoespasmos por las arteriolas basales rectas lo cuál da como resultado necrosis por coagulación en las puntas por los vasos.

El Ciclo ovárico es un conjunto de fenómenos que tienen lugar mes tras mes y guardan relación con la maduración de un óvulo.

El Ciclo ovárico se divide en dos :

- Fase folicular
- Fase lútea

Fase folicular: La corteza constituye las dos terceras partes del ovario es asiento de la función gametogénica y de la producción de hormonas femeninas, histológicamente consta de un estroma compacto en el que se encuentran los folículos en diferentes fases de maduración.

Al nacimiento del ser humano existen aproximadamente 2.000.000 de folículos. En la menarca quedan 400.000 folículos útiles, degenerándose gradualmente en el curso de la vida sexual y desaparecen en la menopausia.

El folículo primordial de 40 micras de diámetro contiene una célula germinal en fase de ovocito primario está rodeado por un epitelio plano, la membrana granulosa fuente principal de estrógenos, en la primera mitad del ciclo. Por acción de la hormona folículo estimulante (FSH) madura convirtiéndose en el folículo secundario el cuál mide 15 mm, hace protrusión en la corteza ovárica, en su interior contiene al ovocito secundario y ya expulsado el 2º glóbulo polar, en esta fase el ovario responde aumentando la producción de estrógenos.

Fase lútea: Se aumenta la liberación de la hormona estimulante del folículo y principalmente de hormona luteinizante ocurriendo la ovulación a las 24 y 48 horas de este incremento, la pared folicular se repliega, aumentando de volumen, la célula de la teca y de la granulosa que muestra gran actividad metabólica y numerosas mitosis acumulando líquido y formando el cuerpo lúteo que mide de 1 a 1.5 cm de diámetro; a partir del cual se forman los estrógenos y progesterona ovárica que pronto alcanza niveles elevados y ejerce una acción inhibitoria sobre los centros hipotalámicos, con lo que disminuyen las gonadotropinas. Cuando no ocurre la fecundación, el cuerpo amarillo empieza a degenerarse formando una cicatriz el corpus albicans, a los nueve días de ocurrida la ovulación antes de que aparezca el flujo menstrual, existe una disminución súbita de los niveles de estrógeno y progesterona.

La ovulación es la rotura del folículo ovárico maduro (de Graaf) y el desprendimiento del óvulo, fenómeno que tiene lugar en el décimo cuarto día de un ciclo de cuatro semanas. La ovulación tiene lugar al inhibirse la secreción de FSH e incrementarse la secreción de estrógeno y LH.

1.1.3 Hormonas sexuales femeninas.

La corteza cerebral se estimula a través de los estímulos visuales sensitivos, olfatorio, auditivo, táctil, los cuales activarán el área anterior en el hipotálamo liberando el factor de liberación de hormona foliculo estimulante y el factor de liberación de hormona luteinizante.

El primero de ellos desencadena la liberación de FSH por parte del lóbulo anterior de la hipófisis, y esta hormona da origen al desarrollo inicial de los folículos ováricos y la secreción de estrógenos por los mismos.

El factor de liberación de LH, por su parte, inicia la secreción de esta hormona la cual estimula también el adenohipofisaria desarrollo de los folículos ováricos, la ovulación , y la producción de estrógenos y progesterona por parte de las células ováricas.

Las hormonas sexuales femeninas (estrógenos y progesterona) ejercen diversos efectos en el organismo. (12)

(12) Novak Edmundo. Tratado de Ginecología p. 19

Estrógenos

Se relacionan con las características que contribuyen a la feminidad. Aunque los estrógenos naturales suelen distinguirse entre sí, los efectos estrogénicos principales son causados por 3 estrógenos clásicos: Estrona, B-estradiol, el B-estradiol es el estrógeno principal, los ovarios secretan cantidades minúsculas.

Los estrógenos regulan el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios de la mujer, desarrollo mamario, ensanchamiento de las caderas, depósitos adiposos en la región glútea y el monte púbico, el patrón femenino del crecimiento del pelo se ve influido por los estrógenos, ayudan a la maduración de los folículos ováricos y hacen que la mucosa endometrial prolifere después de la menstruación. La cantidad de estrógenos es mayor durante la fase proliferativa (folicular o estrogénica) del ciclo menstrual además hacen que el útero aumente de tamaño y peso por aumento de contenido de glucógeno, aminoácido, electrolitos, agua, se incrementa del mismo modo el riego sanguíneo bajo la influencia de los estrógenos aumenta la contractilidad muscular tanto del útero como la de las trompas de falopio y es mayor la sensibilidad uterina a la oxitocina. Además inhiben la producción de la FSH y estimulan la producción de la hormona luteinizante.

Progesterona

Se secreta en el cuerpo lúteo que se encuentra en mayores cantidades durante la fase secretoria (Lútea o progestacional) del ciclo menstrual disminuye la motilidad y la contractilidad del útero producidas por los estrógenos y por tanto prepara al útero para la implantación del óvulo una vez fecundado. La progesterona hace que el endometrio uterino incrementa más aún su provisión de glucógeno, sangre arterial, glándulas secretorias y agua, esta hormona suele llamarse "Hormona del Embarazo" porque sus efectos sobre el útero permite que se conserve éste. Bajo la influencia de la progesterona el epitelio vaginal prolifera y el cuello uterino secreta un moco denso viscoso, el tejido glandular mamario aumenta de tamaño y complejidad. La progesterona prepara también a las mamas para la lactancia. (13)

(13) Olds. Op. cit. p . 106

1.2 Educación sexual

1.2.1 Conceptos básicos

Sexo.- Es el conjunto de características anatómicas y fisiológicas que en la especie humana diferencian al varón y a la mujer y que al complementarse, tienen en si la potencialidad de la reproducción. (14)

Sexo.- Diferenciación fundamental que se encuentra en la mayoría de animales y plantas entre los individuos que producen óvulos y los que producen espermatozoides, la unión de estas células germinales distintivas es la condición indispensable para la producción de un nuevo individuo (15)

Sexualidad.- término que engloba integralmente los aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales del sexo. (16)

Sexualidad.-Es una fuerza dinámica activa durante la vida de cada persona y como sus componentes, psicosociales y biológicos están entre tejidos juntos y son independientes, la sexualidad es un aspecto determinante forzoso de la personalidad y la conducta (17)

Sexualidad.- Es el conjunto de fenómenos de comportamiento determinados idiosincráticamente y de manera cultural a través de los cuales se manifiesta y satisface el impulso sexual entre cada individuo. (18)

Educación sexual

Es un proceso gradual y progresivo orientado a la formación de hábitos y comportamiento relacionados con la vida sexual del individuo, que debe formar parte de la educación general.

(14) Conapo. Sociedad y Sexualidad. Vol. 1. p. 34

(15) Dorlan. Diccionario de Ciencia Médicas. p. 1320

(16) Alvarez Gayou. Elementos de Sexología. p. 315

(17) Olds. Op. cit. p. 100

(18) Pérez Julieta. Higiene Sexual. p. 40

Su objetivo es capacitar al individuo a que integre su sexualidad en un proceso armónico de maduración, logrando de esta manera la realización personal plena, en la comunicación de ambos para asumir sus responsabilidades frente a los hijos y a la sociedad.

Las metas de la conducta sexual son :

Lograr en el ser humano un desarrollo y maduración psicosexual armónico que le permita obtener un equilibrio; emocional que favorezca su integración al grupo social.

Proponer a una comprensión científica y humana de la vida sexual desde los puntos de vista biológico, psíquico y social.

Dar sentido y destino a la sexualidad e integrarla como fuerza creadora y enriquecedora de la personalidad humana.

A través de la educación sexual se espera obtener del niño y adulto las siguientes actitudes y comportamientos:

- . Aceptación de la propia sexualidad
- . Comprensión racional de la vida sexual
- . Respeto a la sexualidad de las otras personas
- . Responsabilidad ante la sexualidad
- . Comunicación frente a la sexualidad
- . Autenticidad con el papel sexual que le corresponde
- . Capacidad de dirigir conscientemente la sexualidad
- . Cabal realización de la personalidad

En relación a la metodología de la educación sexual se recalcan las siguientes premisas:

- . La educación debe hacerse a nivel de la familia a nivel de la escuela y a nivel de la comunidad
- . La educación sexual debe iniciarse desde los primeros días de la vida y continuarse durante toda la existencia dando particular importancia en las etapas de la adolescencia e infancia.
- . La educación sexual es responsabilidad de los padres, maestros en primer lugar , luego de las instituciones y grupos básicos con los que el individuo tiene contacto con la sociedad.
- . Debe haber especialistas en educación sexual, su labor debe orientarse a capacitar a los responsables directos de la educación sexual (futuros padres, maestros , etc.).

El programa de educación sexual a nivel comunitario debe ser patrocinado por instituciones especializadas y contar con la colaboración de las instituciones comunitarias y de los grupos sociales, debe existir una política nacional en materia de educación psicosexual y programas comunales supervisados.

Para que la educación sexual puede ser aplicada masivamente a toda la comunidad debe cumplir con las siguientes condiciones: Ser científica, racional , formativa e impartida por personas idóneas.

El papel del médico y profesionales del campo de la salud frente a la educación sexual es de orientador, guía, informador, educador y terapeuta, según se necesite. (19)

(19) San Martín Hernán. Salud y Enfermedad. p . 596

Educación sexual formal

Es aquella que parte de la formación explícita y de fines y organizaciones sistematiza los medios para alcanzarlos.

La escuela es la institución social que la sociedad establece como agente de educación formal, la sexualidad que en ella se propicia sirve al sistema que le da origen, responde tanto a los programas formales como a la interacción informal de los grupos que integran la estructura educativa.

La interacción entre los miembros de la familia, de los amigos, conocidos, educadores, educados, fieles, ministros, emisores, receptores, reproduce en el hogar, ámbito laboral, en el aula, en el templo, centro de convivencia de manera intencional y accidental el tipo de relaciones entre los sexos y el propio concepto de hombre y mujer quedan condicionados. La formal como práctica opuesta induce cambios en la concepción misma de la sexualidad y valores, normas orientadores del comportamiento individual.

Educación sexual informal

Caracterizada por la falta de formulación explícita y pautas para alcanzarlos teniendo un impacto muy real al absorber los fines y metas. Sistema socioeconómico al que sirve la falta de conciencia al respecto agrega fuerza a los efectos de tal educación al tiempo que perpetua las estructuras sociales. (20)

1.2.2 Historia de la sexualidad

Los biólogos opinan que hoy las mujeres son capaces de tener orgasmos por los cambios fisiológicos producidos cuando nuestros antepasados pasaron de cuadrúpedos o bípedos y descubrieron una nueva de acoplamiento, frente a frente en vez de acoplamiento o penetración desde atrás.

(20) Conapo. Educación y Sexualidad. Vol. 4 . p . 66

Los historiadores sospechan que la subordinación de la mujer al hombre durante diez mil años pudo iniciarse cuando el hombre comprobó que las mujeres no podían producir hijos ellas solas, sino que el semen era el catalizador esencial de proceso reproductor.

Los arqueólogos pueden reconstruir instrumentos, armas y cerámica antiguas, pero no pueden reconstruir emociones humanas.

La extraña química que controla las relaciones entre un hombre y una mujer no deja rastro, ya que si los hombres y las mujeres hubieran encontrado el sexo repelente como para renunciar a él, la especie humana se hubiera extinguido.

Los hombres gobernaban en las glaciaciones, cuando su papel de cazadores era crucial para la obtención de alimentos y que las mujeres mejorasen su situación social cuando el clima se hizo más benigno y recolectaban plantas, insectos, huevos, frutillas, mariscos, en la revolución neolítica, las tribus aprendieron a criar animales en vez de cazarlos y a cultivar plantas en vez de recolectarlas, pudo incluso haber equilibrio entre ambos sexos.

Se ha observado desde el transcurso de la historia, que el hombre ha sido el que ha dominado a la mujer tanto física y socialmente; hasta que ella pudo demostrar que era valiosa tanto como el hombre.

En Babilonia las mujeres podían ser escribanas, peluqueras o prostitutas, mercaderes o vendedoras de esclavos. Sin embargo, las opciones de sus contemporáneas eran; danza, servicios domésticos sin embargo, todas las sociedades primitivas adoptaron la posición de que la mujer era un simple ser primero del padre, después del esposo y por último de su hijo. Sus ocupaciones dentro del hogar fueron decididas por el hombre que era su propietario en Babilonia había prostitutas sagradas cuyas ganancias representaban una parte sustancial de los ingresos de los templos.

La buena esposa Hebrea tenía que ser sabia y bondadosa, y una ama de casa concienzuda y no estar nunca ociosa. No se requería encanto ni belleza, pues el primero era engañoso y la segunda vana pero no debía ser fructífera, tenía derecho a compartir el favor de su esposo con una o más esposas secundarias o concubinas, a ser repudiada si le ofendía y a ser lapidada hasta morir si le era infiel.

A las mujeres hebreas les estaba prohibido prostituirse, incluso a las viudas con hijos, y aunque las esposas repudiadas no tuvieran alternativa. El tema de la prostitución se caracteriza por una extrema intolerancia en el Antiguo Testamento.

La mujer era considerada como reproductora de seres humanos, la cual debería de poblar a las grandes ciudades dando hombres que sirvieran de fuerza para las guerras y gobernar ciudades.

La sexualidad en Roma

Un esposo tenía el derecho a matar a su esposa si la sorprendía cometiendo adulterio, podía repudiarla, por beber demasiado, incluso por malos modales, había grandes problemas de población ya que los matrimonios no querían tener más de 3 hijos o incluso ninguno. Los romanos tenían muchos métodos anticonceptivos desde el coitus interruptus, coito normal, brebajes de brujas, la abstinencia. Las mujeres romanas sufrían muchos abortos, dificultades de alumbramiento e infecciones posnatales, por lo cual la tasa de natalidad disminuía. Las causas de esterilidad en los hombres, de abortos y nacidos muertos es el envenenamiento crónico con plomo, lo cual era absorbido por el uso de copas y cacharros de cocina, así como de las conducciones de agua, otra causa de esterilidad eran los baños calientes, los cuales inhibían la producción de espermia, reduciendo así la fecundidad masculina.

Los romanos dieron inicio a las prácticas anticonceptivas que ahora se han modernizado para el control de la natalidad y el mejor entendimiento de las parejas.

En el año 18 y 19 Augusto emperador, ordenó: Que las viudas debían casarse antes de 2 años, las divorciadas antes de 18 meses, el adulterio se convirtió en asunto de tribunales condenable con divorcio obligatorio, expropiación de bienes o destierro. En el siglo IV la condena por adulterio era la muerte todo esto para subir la tasa de natalidad pero sin ningún efecto y esto llevó a que el poder del imperio romano se desvaneciera porque no había suficiente romanos.

La iglesia primitiva condenó con diversos grados de severidad el adulterio, la contracepción, el aborto, la homo sexualidad, el infanticidio, la zoofilia, la masturbación.

Otras sociedades sugirieron frecuencia adecuadas para el coito matrimonial, tres veces al mes, decía Salón.

Cada día para quienes no trabajan, dos veces por semana, decía Misná judía. La iglesia decía que nunca, a menos que la finalidad fueran los hijos. Otras sociedades habían considerado el sexo como algo placentero, en cualquier posición. Para la iglesia, disfrutar con el sexo era penado y sólo era aceptable la posición con el hombre encima.

San Jerónimo Tertuliano y San Ambrosio consideraban el acto sexual como repugnante, inmundo, indecente, obsceno.

San Agustín dice que el acto sexual era una distorsión deliberado del propósito original de Dios, una degradación impuesta como castigo por la transgresión de Adán y Eva.

En el paraíso terrenal, el sexo si es que había sexo alguna vez había sido frío y rarificado, sin erotismo, sin respuestas incontrolables y, ciertamente sin éxtasis; simplemente era cuestión de utilizar el equipo mecánico diseñado por el creador para cumplir los requisitos del proceso reproductivo humano.

En el siglo V había cuatro pensamientos para formar la cuerda moral que habría de regir durante 15 siglos:

- De los Hebreos monoteistas y los autoritarios romanos, la convicción de que tales complacencias no eran censurables sólo legales, social o políticamente.
- De los Hebreos provenia la condena de todas la formas de sexo no productivo.
- De los padres de la iglesia, la creencia de que el acto sexual era repugnante.
- San Agustín, la de que el deseo sexual y el goce sexual eran expresiones del pecado original.

Tanto el taoismo Chino como el tantrismo en la India se apoyaban en disciplinas sexuales, y no dudaron en divulgar conocimientos de éstas; en el primer caso mediante manuales sexuales muy explícitos; y en el segundo, por instrucción y demostración personal.

Hoy se está luchando para quitar de la mentalidad de los hombres los tabús que impuso la iglesia y la sociedad que no permite que los seres humanos disfruten de su sexualidad libremente sin complejos y traumas.

Antes se ignoraba la función de los óvulos y de los espermatozoides en la producción de un nuevo ser. Se creía que el espermatozoide contenía un "homúnculo" que era depositado en la matriz y permanecía allí mientras era incubado. Hasta hace poco se descubrió que el único atributo del varón es determinar el sexo de sus descendientes.

En cambio, ahora se conocen los genes, cromosomas de todas las células vivientes, espermatozoides y óvulos.

Antes las mujeres creaban sin tregua ni descanso, y la contracepción se hacía a tontas y locas. En cambio, hoy disponemos de una amplia serie de técnicas anticonceptivas, muy cómodas y que tienen una eficacia casi total. Lo mismo puede decirse respecto a los riesgos del parto y de la infancia.

Con los avances científicos la humanidad puede disfrutar de su sexualidad libremente con responsabilidad y decidir el número de hijos deseados, así como el corregir infecciones o enfermedades para las cuales no había tratamiento alguno. (21)

(21) OMS. Enciclopedia Vida Sexual Sana. Tomo 3 p. 278-288

1.3 Planificación familiar

1.3.1 Antecedentes históricos de la planificación familiar

El control de la natalidad es antiguo en el sentido de que el conocimiento para evitar la concepción ha existido durante siglos confundido con la magia.

Mucho antes de que empezara a escribirse la historia, los pueblos primitivos hicieron intentos para ajustar la población a los recursos alimenticios. Lo hicieron con métodos crueles y destructivos, como era el infanticidio, el aborto o también, por medio de procedimientos rituales considerados tabú, practicados durante el momento del coito o prolongado el período de lactancia. Las mujeres de algunas tribus intentaban prevenir la concepción mediante movimientos energéticos después del coito que tenía por objeto expulsar el semen.

Una de las recetas más notables y al mismo tiempo una de las más antiguas que se conocen es la que se descubrió en el papiro de Ebers, manuscrito egipcio que data del año 1550 a. de J.C. cuya fórmula es una mezcla de pequeños pedacitos de acacia y miel, de los que se hacían supositorios que se insertaban en la vagina, posteriormente se descubrió que la acacia sometida a fermentación produce ácido láctico y sucede que es precisamente el ácido láctico uno de los agentes espermaticidas activos de las modernas gelatinas anticonceptivas.

Dos mil años más tarde, Sorano de Efeso recomendó una barrera para la concepción las mezclas de miel y aceite de cedro higos o pulpa de granada y fue el primero que expresó un contenido filosófico en sus planteamiento contraceptivos.

Para él, era mucho mejor que una mujer no quedara gestante que recurriera al aborto. (22)

(22) Stone Abraham. Métodos Prácticos para el Control de la Natalidad p. 23-26

En los años de las cruzadas se consideraban a las mujeres propiedad privada, los hombres inventaron "cinturones de castidad" fabricados de cuero en forma de banda en la cintura, de las cuales quedaba pendiente una placa de metal, a menudo adelante y atrás articuladas entre las piernas de las usuarias mediante una bisagra, en las placas había una pequeña abertura que era la vía de salida para las excreciones, para impedir el acercamiento a cualquier hombre; aseguradas mediante una cerradura que sólo podría abrir el dueño a placer.

Hipócrates (siglo IV a. de J.C.) fue un precursor de los modernos dispositivos intrauterinos puesto que descubrió el efecto anticonceptivo que se deriva de la colocación de un cuerpo extraño en el interior del útero.

Sorano en el siglo II a. de J.C., fue mucho más explícito en sus descripciones anticonceptivas detallando fórmulas y primitivos preservativos, y lo que quizás es más importante, estableció una clara distinción entre la contracepción y el aborto.

Existían preservativos probablemente muy poco confortables en el medievo estaban fabricados con insólitas materias, tales como vejiga e intestino o peritoneo de animales, seda o lino, precisamente con este material, Falopio describe un preservativo en el siglo XVI, con la finalidad de evitar el contagio venéreo.

Falopio pasó a la posteridad no por su anticonceptiva profiláctica, sino por haber descrito las trompas que llevan su nombre.

En 1830 aparecieron diversos dispositivos mecánicos (pesarioscervicales, endocervicales, capuchones, etc.) cuya utilización no se hallaba exenta de peligros.

En 1880, Mensinga, en Alemania, propone el primer diafragma vaginal.

Los dispositivos intrauterinos tienen una historia más reciente, el primero de ellos fue diseñado en metal por Grafenberg, en Alemania. En esta época, el mundo científico conoció las primeras experiencias de Pincus y Cols (1956 y 1958) mediante la contracepción hormonal.

El punto de partida de la historia moderna de la contracepción debemos situarla en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948.

"La planificación familiar consiste en la adopción voluntaria de aquellas prácticas que mediante el espaciamiento de los embarazos y la finalización de la procreación a una edad relativamente temprana, consiga mejorar la salud materna e infantil, modelando el tamaño de la familia y la elección del momento óptimo para un embarazo".

La declaración, expresada en términos ambiguos, constituía, la primera puerta legislativa a nivel internacional, las presiones sanitarias, anticonceptivas.

En 1974 tuvo lugar en Bucarest, la conferencia mundial sobre población; en ella las discusiones se centraron principalmente en problemas ideológicos que afectaban la política demográfica. (23)

Importancia de la planificación familiar

A nivel nacional e internacional los programas y campañas de planificación familiar se han multiplicado al considerar a la explosión demográfica. Un problema de salud pública; algunos gobiernos no sólo promueven y aplican la planeación de la familia sino propician e imponen un franco control natal.

El problema demográfico por lo tanto deja de ser solamente político, tornándose económico, biológico, social y ético. No es sino hasta principios del siglo pasado en que Robert Malthus expuso su tesis sobre la desproporción que existe entre el desarrollo de la población mundial y la producción de alimentos. Según él, índice de crecimiento demográfico. Con su teoría Malthus creó gran revuelo mundial formándose corrientes en pro y contra de ello; su aceptación dependía de la política y en el momento histórico de cada país.

(23) Dexeus Santiago. La Contracepción Hoy. p. 3-6

En México la política ha tenido cambios radicales de un gobierno a otro.

Las políticas poblacionales de diferentes países pendientes a controlar el desarrollo poblacional van desde la educación sexual, la difusión de programas educativos y motivacionales por los medios de comunicación, los estímulos fiscales a los ciudadanos que limitan su familia.

Se considera que la planificación familiar es un instrumento para proporcionar una salud reproductiva, definida como la forma de:

- Regular la fertilidad
- Asegurar que los embarazos y partos transcurran sin complicaciones
- Disminuir la mortalidad neonatal
- Impedir embarazos no deseados
- Evitar embarazos de alto riesgo. (24)

1.3.2 Conceptos básicos

Conceptos de planificación familiar

Planificación Familiar.- 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, cuantos hijos quieren tener y cuando los quieren tener. (25)

Planificación Familiar.- Es el derecho de toda persona de decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos. (26)

(24) Mondragón. Op. cit., p. 379-382

(25) S.S.A. Cuaderno Técnico de Planificación Familiar No. 12, p. 16

(26) D.G.P.F. Manual de contenido para el curso básico de orientación sexual y planificación familiar, p. 1

Planificación Familiar.- Es considerar cuántos hijos desea tener una pareja y el lapso más adecuado que debe transcurrir entre un hijo y el siguiente. (27)

Conceptos de fecundidad

Fecundidad.- Es la capacidad fisiológica de procrear y que varía entre unos grupos y otros; es la circunstancia que lleva a la procreación reflejada en el número de hijos por mujer o pareja. (28)

Fecundidad.- Posibilidad mensual de concepción la cual depende de las cualidades físicas y fisiológicas de producción, frecuencia del coito y su coincidencia con la ovulación, uso y eficacia anticonceptiva. (29)

(Fecundidad.- Es la facultad de los seres vivos para reproducirse. (30)

Fecundidad.- Es la capacidad para participar en la concepción de un niño. (31)

Concepto de fertilidad

Fertilidad.- Es la capacidad de reproducción aparece en el varón desde la pubertad hasta la edad madura; y en la mujer desde la menarquia a la menopausia y está completamente desarrollada al final de la segunda década de la vida. (32)

(27) Mondragón. Op. cit. p. 378

(28) Olds. Op. cit. p. 209

(29) Dexeus. Op. cit. p. 210

(30) Dorland. Op. cit. p. 447

(31) Benson. Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétrico. p. 933

(32) Roche. Diccionario de Términos Médicos. p. 430

Conceptos de anticoncepción

Anticoncepción.- Empleo de diversas técnicas para evitar la concepción durante el coito, puede incluir el uso de artefactos mecánicos (condón) productos químicos (píldora) o patrones de actividad sexual controladas (método de ritmo). (33)

Anticoncepción.- Es poder evitar la fecundación (unión del espermatozoide con el óvulo). (34)

1.3.3. Factores religiosos

Actitud de la religión en el empleo de los métodos anticonceptivos.

Los puntos de vista religiosos éticos están íntimamente entrelazados y pueden considerarse juntos, la anticoncepción no es un tema discutido en la biblia. Los hijos son considerados en ella como un don de Dios y un signo de su bendición para la tribu y el individuo. (35)

Desde 1930 el Papa Pío definió su actitud en la Encíclica *Casti Connubii*, sobre la prevención de la concepción en donde afirma: "El acto conyugal tiene un fin, según su propia naturaleza la creación de una vida nueva, todos los que intencionalmente le quitan su virtud natural, cometen un acto afrentoso e intrínsecamente inmortal" y añade de que el hecho que una pareja realice el acto sexual únicamente por placer y no para la concepción infringe la ley de Dios.

En 1951 Pío XXI en su plática sobre el matrimonio cristiano y la maternidad, enumeró los motivos de tipo médico, eugenésico y social que pueden existir "durante largo tiempo o todo lo que dure el matrimonio" para procrear hijos. Como métodos moralmente correctos para prevenir la ovulación, admitió sólo los días infecundos o la abstinencia sexual. (36)

(33) Alvarez Gayou. *Op. cit.* p. 291

(34) Jones Kenneth. *Sexualidad Humana*. p. 68

(35) Gordón. *Problemas ético en medicina*. p. 267

(36) Pérez. *Op. cit.* p. 49

La Iglesia Católica Romana sólo permite oficialmente el uso del método rítmico como medio de evitar el embarazo. El Papa Pablo VI reiteró en su cíclica de 1968 la opción del Vaticano a todos los demás métodos. Esto ha creado una amplia oposición dentro de la comunidad católica, tanto entre los laicos como entre los clérigos. (37)

La posición de la Iglesia Evangélica deja a cada individuo la decisión del caso donde aclara que el matrimonio no es un goce sexual legitimado, sancionado por la iglesia y del que habla la Biblia.

La Iglesia Anglicana en 1930 publicó un mensaje en el cual determina que las parejas que sienten el deber moral de reducir la paternidad y en los que este moralmente justificados no practicar la abstinencia completa, pueden utilizar otros métodos siempre y cuando esten de acuerdo con los principios cristianos.

Los Testigos de Jehová consideran que el control natal constituye un asunto de carácter totalmente personal.

La Iglesia respecto a la esterilización tiene una actitud análoga a la de los agentes anticonceptivos, es decir de manera directa e indirecta. Si la integridad física está en peligro, en riesgo o en defensa contra un daño duradero entonces la mutilación anatómica o funcional es una esterilización indirecta moralmente permitida. En cambio si la intervención es realizada en las trompas sanas es una esterilización directa no permitida, si la esterilización es una prescripción médica, tampoco es permitida por la iglesia pues las trompas no constituyen un peligro para el organismo, sino para la actividad sexual. (38)

(37) Gordón. *Op. cit.* p. 268

(38) Pérez. *Op. cit.* p. 60

1.3.4 Factores culturales.

La condición de la mujer

Partiendo de que la cultura es todo un conjunto de condiciones sociales, históricas, en el área política, laboral, religiosa, familiar y personal, y que ésta se aprende mediante una interacción de los sujetos en la sociedad, no será difícil comprender el porqué es necesario que se retome éste tema para poder dilucidar la casualidad de una determinada problemática en una área geográfica delimitada.

Cada uno de nosotros está inmerso en una sociedad que posee una cultura particular, la cual comparte ciertas similitudes con otras, una cultura establecida desde aún 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. (39)

La socialización es básica ya que permitirá a cada uno de nosotros poder sobrevivir en un ambiente social determinado al permitir al individuo la introspección de las normas y reglas que rigen en la sociedad a la que pertenecerá. La forma de organización social y la vida en grupo nos permite aprender de los otros al mismo tiempo que nos protege.

Según Agnes Heller. (40) la introspección de la cultura se da a través de la vida cotidiana de cada individuo, ya que si entendemos por vida cotidiana, al conjunto de actividades que caracterizan la reproducción de los hombres particulares, los cuales a su vez crearán la posibilidad de la reproducción social, nos será fácil comprender el papel tan importante que desempeña ésta en la adaptación del individuo a su entorno social.

(39) Aguilar Citlali. Textos y Pretextos Once Estudios Sobre la Mujer. p.43

(40) Agnes Heller. Sociología de la vida cotidiana. p. 27

La cultura conforma y guía la forma de pensar, de actuar, los valores, las creencias, aspiraciones y personalidad del individuo, siendo esta compartida por cada miembro a través de la socialización pero la hará suya gracias a la endoculturación la cual difiere para hombres y mujeres ya que este proceso de enseñanza modela roles específicos y particulares por sexos. Es así, que en nuestra sociedad la endoculturación ha permitido transmitir una cultura e ideología hegemónica, en donde los intereses masculinos son los que imperan y en donde se ha relegado a la mujer a un segundo término, desde el cual se contempla como un ser sin ideas ni personalidad propias, dando origen a lo que Marcela Lagarde llama: "un ser de otros y para otros", en el que el sexo femenino ha sido reducido a su sexualidad, y está por considerarse natural. (41)

La mujer desde su nacimiento es asignada a funciones específicas, relacionadas con su condición y su género que la ubican en subordinación al sexo masculino, de tal manera que desde niña es educada con la idea de que nació para servir a otros, para hacerlos felices, para reproducirlos, tanto biológica como culturalmente y su alineación es tal que se haya completamente convencida que esto la hace feliz.

Muchos de nosotros tal vez pasamos por alto esta situación, es tal la enajenación de la ideología que nos sustenta que se ha perdido la vista. A nadie le parece extraño que la educación se diferencie por sexos desde la infancia, de esta manera a la niña se le educa para ser dócil, dependiente, sumisa, dedicada a las labores domésticas y con pocas o nulas expectativas de desarrollo personal fuera de ser madre, en cambio al varón se le forma desde pequeño a ser fuerte, responsable, independiente, se le reprime cualquier actividad o actitud de tipo femenino, pues bien conocemos las palabras dichas por nuestros padres a los hermanos en alguna ocasión "Esa no es tarea de niños", "Los hombres no lloran, deben ser valientes, machos", cualquier muestra de debilidad indica como señala Octavio Paz. (42) "rajarse, abrirse, perder la valentía". Sin embargo para la mujer es diferente, ésta puede llorar pero jamás indicar el motivo, debe doblegarse ante el hombre, depender de él, sólo así entiende su papel en esta vida. Es necesario señalar que con lo anteriormente expuesto no deseamos expresar sentimientos feministas radicales, sino el poner a la vista circunstancias reales que desde antaño han mantenido a la mujer subyugada, dependiente a la sombra del llamado sexo fuerte.

(41) Lagarde Marcela. Cautiverios de las Mujeres. p.52

(42) Paz Octavio. El Laberinto de la Soledad. p. 18

Al parecer esta situación responde a intereses ideológicos de la clase dominante, quien pretende mantener a la mujer como sujeto reproductor y productor de la fuerza de trabajo que a su vez sirve como medio para reproducir las relaciones de clase y de trabajo. En la medida que el régimen capitalista ha requerido mayor cantidad de mano de obra, la mujer se ha ido incorporando al mundo público.

Estamos de acuerdo con Lagarde al señalar que a los individuos se les ha clasificado en hombres y mujeres de acuerdo a si tienen útero y vagina o pene y testículos. El sexo implica, al parecer, una serie de atributos sociales, económicos, legales y políticos. Se supone que por ser mujer se deben tener percepciones, actitudes, sensaciones, capacidad intelectual, afectos, fuerza física, preferencias, usos y prácticas eróticas distintas de la otra mitad de los seres humanos. Así mismo, se incluyen en las cualidades sexuales, el trabajo, el espacio de vida, la moral y hasta el horario. (43)

Su trabajo no es valorado, al parecer sus actividades son inherentes a su sexo y no merecen reconocimiento alguno, su función básica ha sido considerada desde siempre a la procreación, si en cualquiera de éstas llega a fallar se considera menguada su feminidad, es por ello que no resulta incomprensible entender porqué la mujer se niega a aceptar cualquier tipo de programa que implica el control de su fertilidad.

El sexo femenino es entonces, un ente reproductor de los otros implicativo de fertilidad, afecto, servilismo y entrega, en donde todo es dar y aceptar. En donde su cuerpo se ha convertido en la principal fuente de felicidad para otros llevando a cabo funciones eróticas y gestacionales para satisfacer a la familia en general las que además tienen por objetivo el reponer y mantener la energía de la fuerza de trabajo en su hogar.

Es a este respecto donde Octavio Paz señala. (44) como en casi todos los pueblos, los mexicanos consideran a la mujer como un instrumento, ya sea de los deseos del hombre o de los fines que asigna la ley, la sociedad y la moral, fines sobre los que jamás se le ha pedido su consentimiento y en cuya realización participa pasiva e inconscientemente. Paz, señala que ésta es depositaria de ciertos valores, ya sea prostituta, diosa, gran señora, amante, la mujer transmite o conserva pero no crea.

(43) Lagarde. *Op. cit.* p.84-85

(44) Paz. *Op. cit.* p.25

Pero como se le pide crear si desde el primer momento se le cierran los caminos y alternativas para vivir y ser diferente, si nace, vive, se reproduce y muere en un mundo preformado a la imagen semejante del hombre. En donde los deseos de independencia, logro y actividad son mínimos. Una sociedad en la que el machismo permanece como algo tangible dominando cualquier esfera social, determinando los papeles del hombre y la mujer tanto en el supuesto ámbito privado como público. En donde la ideología ha alcanzado tal grado de hegemonía que satura la conciencia del individuo de manera tal que la visión del mundo se presenta como la única posibilidad, es decir la dependencia hacia el hombre. (45)

La mujer campesina

Generalmente creemos conocer la situación de la mujer que vive en el campo; sin embargo, lo único que tenemos es una visión simplista de la misma, carente en primer instancia de realidad y en segunda de objetividad.

Desde los tiempos prehispánicos ha existido cierta división de actividades determinadas entre hombre y mujer, más estas funciones no eran tan determinativas del sexo. Con la llegada de los españoles, la sucesión de la Conquista, el mundo indígena se vió totalmente desequilibrado, escindido, las concepciones universales para ellos fueron cambiando por otras ajenas a los mismos.

Es así que valores y creencias se alteraron a tal grado, que los indígenas quedaron sumergidos en una inercia total, en donde su iniciativa, lucha, fuerza, poder y creatividad se vieron cambiando por la pasividad, la resignación y la aceptación de una realidad impostergable.

Es curioso pero, esta mentalidad aún se haya firmemente establecida en casi toda la población mexicana, aunque su observancia impera en las poblaciones rurales. Hablar de la situación que involucra a la mujer campesina es hablar sobre su vida en general desde su infancia hasta su muerte, creemos que es aquí donde mayor esclarecimiento se obtiene respecto a la vida de la mujer mexicana.

(45) C. Levy Claudine. Reflexiones en torno a la mujer, la familia y la educación, p.16

México es un país que actualmente lucha por integrarse al apresurado desarrollo y evolución que está sufriendo el mundo entero, no sólo en materia económica, política, social y de salud. Es así que encontramos un amplio interés del Gobierno del país por desarrollar una economía más abierta donde se brinden mayores posibilidades de participación del sector público y privado, desarrollo de una mayor infraestructura de la nación y perfeccionamiento de la superestructura existente; así como el incrementar la inversión extranjera, todo ello con el supuesto de lograr mejores condiciones laborales, familiares, de salud y de desarrollo de la familia y del individuo. (46) Así mismo, en el Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994 se señala que el desarrollo del País no puede llevarse a cabo en contra de lo que entraña nuestra cultura ya que se pugna por el desarrollo del país a la par del respeto absoluto de nuestras tradiciones y cultura.

Consideramos que el desarrollo del país traerá aparejado mejoramiento de las condiciones de vida y de salud a la población mediante una mayor eficiencia en el aprovechamiento de los recursos existentes, implementos de las fuentes de trabajo, control de la migración y mayor desarrollo en las pequeñas ciudades, evitándose con ello la sobrepoblación en áreas metropolitanas y por consiguiente la marginación extrema. A nuestro parecer sólo de esta manera se podrá lograr una vida mejor para la población y porque no, pensar también en alcanzar la esperada igualdad de los sexos mediante un mayor acceso y participación de la mujer en el mercado de trabajo, según nuestro criterio para lograr esto se requerirá la transformación de las condiciones de existencia de la mujer en donde la división social y sexual del trabajo deberá cambiar ya que la mujer del campo tendrá que dejar su papel de reproductora de la especie y producto de bienes y servicios que le permiten mantener las condiciones familiares vigentes; para integrarse al desarrollo de la nación que exige su participación. Así mismo se tendrá que dejar atrás la ideología dominante sexista, que desde antaño ha acosado a la mujer llamada machismo. Sin embargo se está consciente, de lo complicado que resulta esto para poder consolidarse ya que son muchos los problemas preexistentes, teniéndose que la economía, el bajo desarrollo de la infraestructura y la deuda externa sostenida por el país dificultan el cambio.

(46) Programa Nacional de Desarrollo, 1989-1994, p.46

México es un país que actualmente lucha por integrarse al apresurado desarrollo y evolución que está sufriendo el mundo entero, no sólo en materia económica, política, social y de salud. Es así que encontramos un amplio interés del Gobierno del país por desarrollar una economía más abierta donde se brinden mayores posibilidades de participación del sector público y privado, desarrollo de una mayor infraestructura de la nación y perfeccionamiento de la superestructura existente; así como el incrementar la inversión extranjera, todo ello con el supuesto de lograr mejores condiciones laborales, familiares, de salud y de desarrollo de la familia y del individuo. (46) Así mismo, en el Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994 se señala que el desarrollo del País no puede llevarse a cabo en contra de lo que entraña nuestra cultura ya que se pugna por el desarrollo del país a la par del respeto absoluto de nuestras tradiciones y cultura.

Consideramos que el desarrollo del país traerá aparejado mejoramiento de las condiciones de vida y de salud a la población mediante una mayor eficiencia en el aprovechamiento de los recursos existentes, implementos de las fuentes de trabajo, control de la migración y mayor desarrollo en las pequeñas ciudades, evitándose con ello la sobrepoblación en áreas metropolitanas y por consiguiente la marginación extrema. A nuestro parecer sólo de esta manera se podrá lograr una vida mejor para la población y porque no, pensar también en alcanzar la esperada igualdad de los sexos mediante un mayor acceso y participación de la mujer en el mercado de trabajo, según nuestro criterio para lograr esto se requerirá la transformación de las condiciones de existencia de la mujer en donde la división social y sexual del trabajo deberá cambiar ya que la mujer del campo tendrá que dejar su papel de reproductora de la especie y producto de bienes y servicios que le permiten mantener las condiciones familiares vigentes; para integrarse al desarrollo de la nación que exige su participación. Así mismo se tendrá que dejar atrás la ideología dominante sexista, que desde antaño ha acosado a la mujer llamada machismo. Sin embargo se está consciente, de lo complicado que resulta esto para poder consolidarse ya que son muchos los problemas preexistentes, teniéndose que la economía, el bajo desarrollo de la infraestructura y la deuda externa sostenida por el país dificultan el cambio.

(46) Programa Nacional de Desarrollo, 1989-1994. p.46

Todo ello nos lleva a una situación difícil en el área urbana, pero aún más complicada en el área rural, en donde la estructura heterogénea de la población, el desarrollo económico limitado, y ciertos patrones culturales eminentemente tradicionales han dificultado el desarrollo. Teniendo que éstas son regiones en las cuales se maneja una economía supeditada al sector primario, brindando lo necesario para subsistir en donde predominan bajos niveles educativos, con tasas de fecundidad elevadas superiores a cuatro hijos por mujer. (47), resultado de deficiente educación sexual, e inicio de vida sexual activa a edades tempranas; en donde la planificación familiar se ha encontrado con diversos obstáculos que impiden su adecuado desarrollo, como lo es el predominio de ideas machistas que han conducido a la subordinación de la mujer y a la presencia de problemas de salud para la madre y el infante. Lugares en los que la infraestructura es mínima haciendo difícil el acceso a las comunidades y por ende las acciones educativas e informativas sobre planeación familiar no se puede implementar con la eficiencia que se desea. Todo ello nos da pauta para inferir la existencia de una población rural desnutrida, con riesgos a la morbi-mortalidad, con serios problemas de analfabetismo; con fuentes de trabajo insuficientes para la población económicamente activa; ante lo cual su actividad se ve limitada al sector que actualmente se han operado en ella, economía, internacional y nacional, dificultan el que la agricultura continúe como la única actividad de sostén para la familia rural, por lo que día a día se incrementa el número de hombres que se integran al campo laboral y venden su fuerza de trabajo bajo condiciones realmente adversas; que no es otra cosa que la explotación que el régimen capitalista ejerce sobre ellos. Todo lo anteriormente señalado confabula, a nuestro parecer para crear una situación precaria y paupérrima para la población rural.

Ante esto la situación en la que vive y se desarrolla la mujer quedaría por demás descrita, no obstante quisiéramos agregar que la campesina no sólo sufre los estragos de una situación económica difícil, sino que además se mantiene en completa subordinación al sexo masculino.

(47) Conapo. Programa Nacional de Población 1989-1994. p.21

Marcela Lagarde señala la existencia de una triple opresión de la mujer campesina.

- Es genérica porque se trata de mujeres que en un mundo patriarcal comparte esta opresión de todas ellas.
- Es clasista porque las indígenas pertenecen en su mayoría a la clase explotadas y comparten la opresión de clase de todos los explotados.
- Es étnica porque a ellas están sometidos los hombres, sus grupos por el sólo hecho de ser de las minorías étnicas. (48)

La mujer campesina produce y reproduce; Lagarde señala al respecto que produce a los otros, a los seres vivos a través de la procreación. Así mismo produce y transmite la cultura de generación en generación; patrones culturales que se reproducen incesantemente conduciendo con ello a la reproducción de una ideología enteramente patriarcal. En una 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 discotomía simplistas entre hombres y mujeres, como son pensante-pasivo, reflexivo-indiferente, luchador-sufrida, proveedor, ama de casa, inteligente-sensible, virtud y cultura-natural. (49)

(48) Lagarde. Op. cit. p.93

(49) Alvarado Lourdes. El siglo XIX ante el feminismo. p.123

1.3.5 Factores educacionales

Todo proceso educativo tiene por finalidad el desarrollo de individuos libres que sean capaces de pensar por sí mismo y de tomar decisiones racionales cuando la elección es posible.

La educación de los métodos anticonceptivos es un proceso a través del cual cambia de actitud y de comportamientos en esferas determinadas. Uno de los objetivos principales es capacitar al individuo a que se integre en aspectos de sexualidad en un proceso armónico de maduración, logrando de tal manera la realización personal plena en la comunicación con el otro sexo y la preparación de ambos para asumir sus responsabilidades frente a los hijos y sociedad. (50)

Promover la igualdad entre el hombre y la mujer

Es aquí donde se busca promover ya no sólo normativa o legislativamente la igualdad de derechos entre el hombre y la mujer. Es necesario modificar las concepciones y conductas de todos incluyendo a la misma mujer. Algo que a nuestro parecer es excelente es la utilización de los medios de comunicación que permitan la divulgación de valores, normas y conceptos donde verdaderamente se proclame la igualdad de derechos entre los sexos; y no se haga del mismo un tema superficial esporádico y sin importancia, el cual no trascienda ni concientice a la población.

Dar iguales oportunidades educativas a los hombres y mujeres. Actualmente el estado pugna por la igualdad de oportunidades educativas ya que reconoce que desde antaño han existido limitaciones hacia la mujer que han impedido su adecuada incorporación al sistema educativo, pese a que en las ciudades la mujer ha logrado mayores oportunidades de asistir a las escuelas lo que queda comprobado con el 39% que ocupan las mujeres en el nivel superior. (51)

(50) Instituto de Estudios Políticos, Económicos y Sociales. p. 22

(51) San Martín. Op. cit. p. 590

Sin embargo en el campo la situación es más desesperante debido a que el acceso a la educación se haya con más restricción para el sexo femenino, ya que la precaria situación económica, aunada a la cultura de la población condicionan un bajo nivel educativo. Es por ello que no se deja cuestionar, sobre como es posible que la mujer desee aceptar cualquier programa de planificación familiar si se haya con un alto grado de desconocimiento sobre su propia sexualidad si tiene de ésta sólo fragmentos; que le indica que la procreación es lo principal y el erotismo es sólo secundario.

Realmente es difícil que la mayoría de las mujer teniendo como precedente niveles educacionales bajos y situaciones económicas difíciles, acepten la planificación familiar como una solución a su problema. (52)

1.3.6 Factores sociales.

Las indicaciones sociales que se presentan con mayor frecuencia en la planificación familiar son: La limitación de los hijos, cuando los padres consideran que su familia está completa y no desean más hijos, y los intervalos entre cada parto, cuando los padres desean intervalos mayores de tiempo entre cada hijo.

Además otras situaciones específicamente sociales puede influir, entre ellas:

- La incapacidad de la mujer para atender a un número excesivo de hijos.
- Cuando los conflictos conyugales han tenido su origen en el nacimiento de niños no deseados.
- La presencia en el hogar de un niño discapacitado o de un padre con problemas emotivos y cuando requieren ambos una atención esmerada de la mujer.
- Cuando la madre busca empleo para mejorar las condiciones económicas del hogar. (53)

(52) Lagarde. Op. cit. p.361

(53) Manisoff. Op. cit. p.27

1.3.7 Factores legislativos

El programa de planificación familiar forma parte de los servicios de atención a la salud y tiene carácter prioritario.

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

Su característica jurídica radica en estar sustentada en bases legales, tanto en materia de población como en materia de salud, las que datan desde 1973 y han quedado asentadas en el artículo 4o. Constitucional, la Ley General de Población y su reglamento, la Ley General de Salud y la Norma Técnica de Planificación Familiar.

BASES LEGALES DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR.

La Planificación Familiar de México se encuentra normada actualmente por:

1. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, a través del Artículo 4o. que entra en vigor el 31 de Diciembre de 1973.
2. La Ley General de Población, en su artículo 3o. párrafo II, la cual inicia su operación el 7 de enero de 1974.
3. El Reglamento de la Ley General de Población a través de sus artículos 18, 20, 21, 22, 26 y 30 que entran en vigor a partir del 17 de Noviembre de 1976.
4. La Ley General de Salud, en sus artículos 68, 69, 70 y 71 vigentes desde el 7 de Febrero de 1984, y el artículo 67 del 27 de Mayo de 1978.

5. El Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de Atención Médica a través de sus artículos 116, 117, 118, 119 y 120, que entran en vigor el 14 de Mayo de 1968 y ...
6. La Norma Técnica número 22 de Planificación Familiar en la atención Primaria a la salud, a través de los artículos 1o al 21 y que entran en vigor el 7 de Julio de 1987.

A través de estos preceptos, se abordan diversos aspectos del Programa de Planificación Familiar, que de una u otra forma han quedado acentados en las leyes, reglamentos y normas, que comprenden al programa de la siguiente manera:

Concepto.

"Artículo 4o. toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos"

Esta conceptualización se encuentra presente en el Art. 18 del Reglamento de la Ley General de Población , Art. 69 de la Ley General de Salud y Art. 3o. de la Norma Técnica No. 22.

INTEGRACION DE LA PLANIFICACION FAMILIAR A OTROS SERVICIOS.

"Artículo 20, los servicios de planificación familiar deberán estar integrados y coordinados con los servicios de salud, educación, seguridad social e información pública y otros destinados a mejorar las condiciones de vida de los individuos y la familia"

Asimismo lo refiere el artículo 2o. de la Norma Técnica No. 22.

GRATITUD DEL SERVICIO DE PLANIFICACION FAMILIAR.

"Artículo 118, será obligación de las instituciones de los sectores públicos, social y privado proporcionar de manera gratuita dentro de sus instalaciones, los servicios en los que se incluya información, orientación y motivación respecto a la planificación familiar, de acuerdo a la norma técnica que emita la Secretaría de Salud.

A este respecto al artículo 21 del Reglamento de la Ley General de Población, incluye todos los servicios relacionados con el programa en dependencia y organismo del Sector Público.

ASPECTOS QUE SE INTEGRAN EN LA PRESTACION DEL SERVICIO.

"Artículo 68, los servicios de planificación familiar comprenden:

- I. La promoción del desarrollo de programas de comunicación educativa en materia de servicios de planificación familiar y educación sexual.
- II. La atención y vigilancia de los aceptantes y usuarios de servicios de planificación familiar.
- III. La asesoría para la prestación de servicios de planificación familiar a cargo de los sectores público, social y privado y la supervisión y evaluación en su ejecución.
- IV. El apoyo y fomento de la investigación en materia de anticoncepción, infertilidad humana, planificación familiar y biología de la reproducción humana.

A este respecto el artículo 117 del reglamento de la Ley General de Salud enfatiza en la asesoría y apoyo técnico que se requiera en las Instituciones de los Sectores Público y Social así como en los establecimientos privados para la adecuada prestación de los servicios.

Mientras que la norma técnica marca todos estos aspectos incluyendo la identificación de casos de infertilidad, esterilidad, en su artículo 4o., en el art. 6o., refiere los temas a tratar en la promoción y difusión.

- Sexualidad humana desde los puntos de vista biológicos, psicológico y social.
- Importancia para la salud del inicio tardío y la terminación temprana de la reproducción, así como del espaciamiento entre los embarazos.
- Características de los métodos anticonceptivos.
- Importancia de la continuidad en el uso de los métodos anticonceptivos.
- Disponibilidad de los servicios de planeación familiar y por último en sus artículos 7o, 9o, y 12o., del Reglamento de la Ley General de Salud define las acciones a cuidar en la atención a usuarias, así como los métodos anticonceptivos por prescribir.

DECISION LIBRE

"Artículo 26, los servicios médicos, educativos y de información sobre los programas de planificación familiar, garantizarán a las personas la libre determinación sobre los métodos que para regular la fecundidad desean emplear, siempre que se les haya demostrado que carecen de efectos secundarios graves en los humanos, y que no sean perjudiciales a su salud o estén prohibidos".

Apoyando este aspecto, se tienen el artículo 67o, de la Ley General de Salud y el art. 119 de ese Reglamento, en ambos casos centrándose en los métodos permanentes.

POBLACION OBJETO

Artículo 30, "Los jueces u oficiales del registro civil, en los actos matrimoniales, proporcionaran a los contrayentes información sobre planificación familiar, igualdad jurídica del varón y la mujer, y organización legal y desarrollo de la familia, elaborado de común acuerdo por las autoridades locales y el Consejo Nacional de Población".

Artículo 67, "La planificación familiar, principalmente la que se dirige a menores de edad y adolescentes, tiene carácter prioritario".

En lo referente a la designación de responsabilidades se tiene que las actividades de Coordinación, Asesoramiento, Apoyo Técnico, Información y Normas Técnicas del Programa de planificación familiar están a cargo de la Secretaría de Salud, la cual es la encargada de elaborar y dictar su ejecución, con base en las políticas establecidas por el Consejo Nacional de Población, y que han quedado asentadas en los siguientes artículos: 3o. de la Ley General de Población, 27 del Reglamento de la Ley General de Población, 70 y 71 de la Ley General de Salud y 116 y 117 de su Reglamento.

Este marco jurídico permite, por un lado, favorecer la ejecución homogénea del servicio y, por otro, respaldar las acciones del personal de salud con el fin de lograr los objetivos del programa en el país.(54)

(54) S.S. Educación Sexual y Planificación Familiar en la Adolescencia. p. 9-12

1.4 Metodología anticonceptiva.

1.4.1 Conceptos de métodos anticonceptivos

Métodos anticonceptivos.- Son los recursos y procedimientos que se utilizan con el fin de evitar la unión del óvulo o gameto femenino con el espermatozoide o gameto masculino y que permiten la cópula entre la pareja sin el riesgo de embarazo. (55)

Métodos anticonceptivos.- Son aquellos procedimientos que se siguen para prevenir el embarazo en forma temporal o permanente. (56)

1.4.2 Métodos naturales

Significa cualquier método que aconseja abstinencia periódica de los días fértiles. (57)

Son aquellos que no requieren de ningún agente extraño o sustancia química que impida la concepción, entre ellos se encuentran: El Ritmo o Abstinencia Sexual Programada, El Coito Interrumpido, Temperatura Corporal, Método de Billings, Lactancia.

Ritmo o abstinencia sexual programada.

Consiste en evitar las relaciones sexuales durante los días fértiles de la mujer en que el óvulo pudiera ser fertilizado. (58)

(55) D.G.P.F. Op. cit. p.39

(56) S.S.A. Op. cit. p.81

(57) Billings. Métodos de la Ovulación. p.12

(58) S.S.A. Op. cit. p.41

Indicaciones

Para cumplir con lo anterior, se ha recurrido al calendario menstrual para conocer el tiempo en que se debe 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. (59)

Ventajas

No requiere de medicamentos ni aditamentos. Es el método que acepta la mayoría de las religiones, incluyendo la católica.

Representan un esfuerzo conjunto de la pareja que lo práctica; lo que redundará en un mejor entendimiento entre los cónyuges.

No presenta efectos secundarios.

Desventajas

- Se limita a los días no peligrosos.
- Exige convencimiento y disciplina de la pareja.
- Ocurren embarazos en la mujer por ciclos irregulares o no se detecta correctamente la fecha de ovulación.
- Es difícil de aplicar en la clase socioeconómica baja por problemas sociales: El machismo y el alcoholismo.

Coito interrumpido.

El coito interrumpido o método del retiro, consiste en retirar o extraer el pene de la vagina en el instante previo a la eyaculación en el interior de la vagina. (60)

(59) S.S.A. Métodos anticonceptivos, p.9

(60) Mondragón Héctor. Ginecología Básica Ilustrada, p387

Indicaciones.

- No reintroducir el pene en ella hasta que hayan transcurrido varias horas.
- Evitar la entrada de los espermatozoides al conducto vaginal y así impedir el encuentro con el óvulo.

Ventajas.

- No requiere de un equipo especial.
- No representa los efectos colaterales que puedan ocasionar otros métodos más complicados.
- No requiere supervisión médica ni implica gastos económicos.
- Es un método de participación masculina. (61)

Desventajas.

- Requiere de gran control y entendimiento entre la pareja.
- No permite el disfrute pleno de la relación sexual.
- Pueden ocurrir embarazos no deseados cuando exista emisión de espermatozoides en la vagina provenientes del flujo preeyaculador.
- Puede tener consecuencias psicológicas para la pareja.
- Bajo índice de efectividad. (62)

Temperatura Corporal

Consiste en descubrir el momento de la ovulación por el aumento de la temperatura basal, que se presenta inmediatamente después de la ovulación.

(61) D.G.P.F. Op. cit. p.42

(62) Mondragón. Op. cit. p.386

Para conocer el Período de ovulación a través de este método la mujer debe tomarse la temperatura diariamente antes de levantarse, tan pronto despierte, por lo tanto sólo puede tener relaciones sexuales los primeros 8 días siguientes al inicio de su menstruación y reanudarlas hasta que el registro de la temperatura muestre tres días de elevación.

La temperatura basal es aquella que tiene el cuerpo humano en condiciones de absoluto reposo. (63)

Indicaciones

- Toma diaria de la temperatura basal por la mañana, antes de levantarse y después de haber dormido 6 horas.
- No hacer ningún movimiento previo, ni siquiera descender la columna de mercurio.
- Usar siempre el mismo termómetro.
- Tomar la temperatura siempre en el mismo lugar.
- Registrar en una gráfica, los datos obtenidos. (64)

Ventajas.

- Su eficacia es muy buena y no tiene efectos colaterales secundarios.

Desventajas.

- La esclavitud a que obliga la toma diaria de la temperatura
- Provoca situaciones especiales (estrés, afección febril, viajes).
- Restricción sexual.

(63) Dexeus. Op. cit. p. 51

(64) D.G.P.F. Op. cit. p. 41

Método de Billings.

Consiste en observar las características del moco cervical y detectar las diferencias que presenta dependiendo de la fase del ciclo en que se encuentre. Durante la primera mitad del ciclo; por efecto de los estrógenos el moco cervical es líquido, blanquecino y de regular cantidad en la ovulación la secreción se vuelve abundante viscosa y elástica llegando a alcanzar alrededor de 10 cm de elasticidad el moco después de la ovulación, por efecto de la progesterona.

Indicaciones.

- Parejas con relaciones poco frecuentes.
- Mujeres en quienes está indicado algún otro método.
- Parejas que por sus creencias rechazan algún otro método.

Ventajas.

- No se requiere de equipo especial.
- No ocasiona gastos.
- No ocasiona efectos colaterales en el organismo.
- Pueden tener participación en pareja.

Desventajas.

- Presenta dificultad la identificación de los periodos fértiles en la lactancia, infecciones vaginales subclínica, que alteran la temperatura corporal basal, factores emocionales que alteran el ciclo.
- Abstinencia sexual por varios días consecutivos.
- No se recomienda a mujeres con ciclo menstrual irregular.
- Menos eficaz que otros métodos.

Lactancia.

Consiste en aprovechar que existe una anovulación fisiológica y una amenorrea secundaria producida por la inhibición parcial de la secreción de hormonas gonadotropinas (HL y HFE), ocasionada por un exceso en la secreción de prolactina hipofisiaria.

Ventajas.

- Es un método natural temporal, gratuito, que puede resultar conveniente para espaciar un embarazo del siguiente, no debe prolongarse por más de 8 meses.

Desventajas.

- Cuando se trata de prolongar demasiado la lactancia materna puede producirse la ovulación y ocurrir la fecundación sin que la mujer se de cuenta de ello. Se recomienda otro método en forma simultánea. (65)

1.4.3. Métodos hormonales.

Son preparaciones elaboradas a base de hormonas sintéticas derivadas de los estrógenos y progesterona que administrados regularmente, son capaces de evitar el embarazo. Inhiben la ovulación modificando la consistencia del moco cervical volviendolo espeso y escaso, actúan como una barrera para impedir el paso de los espermatozoides hacia la cavidad uterina; también inhiben la movilidad de las trompas de impidiendo igualmente el paso de los espermatozoides, además producen atrofia del endometrio evitando la nidación del huevo.

(65) Mondragón. *Op. cit.* p.388

Se dividen en:

- Orales
- Parenterales

Las hormonas orales.- Son métodos temporales con alta tasa de efectividad de uso simple, fácil de discontinuar en su uso, cuyos efectos colaterales desaparecen rápidamente al suspender la utilización. (66)

En el Sector Salud los hormonales orales son combinados, los cuales contienen estrógenos y progestágenos en dosis fijas y se considera la forma clásica de anticonceptivos orales y la más utilizada mundialmente.

La usuaria debe empezar a tomar las tabletas en el quinto día de su ciclo menstrual, contando a partir del primer día de sangrado. En el caso de paquetes de 21 tabletas se tomará una diariamente; al terminarlo descansará 7 días. (En los cuales generalmente ocurrirá la menstruación), e iniciará un nuevo paquete. Los paquetes de 28 tabletas, contienen 7 tabletas más, generalmente de diferente color que contiene hierro o lactosa; debe tomarse una pastilla diariamente sin interrupción, e iniciará un nuevo paquete al finalizar el anterior. (67)

En caso de olvidar tomar una pastilla

- Se debe tomar la pastilla en cuanto la señora se acuerde y seguir tomándolas normalmente.

Cuando se olvidan dos pastillas.

- Se debe tomar dos pastillas juntas los dos días siguientes (cuatro en dos días).
- Continuar tomando las pastillas normalmente.
- Usar condón hasta que termine de tomar las pastillas restantes de ese paquete.

(66) Mondragón. Op. cit., p.390

(67) D.G.P.F. Op. cit., p.36

Cuando se olvidan tomar tres pastillas

- Suspender la toma de las pastillas.
- Utilizar el preservativo y esperar la siguiente menstruación.
- Iniciar un nuevo paquete al quinto día del sangrado. (68)

Indicaciones.

Los anticonceptivos orales están indicados como un método de regulación temporal de la fertilidad altamente eficaz en mujeres en edad fértil, menores de 35 años, sanas con vida sexual activa que deseen espaciar sus embarazos.

Contraindicaciones.

Se dividen en dos grupos: Absolutas y Relativas

Absolutas.

Comprenden el grupo en que ponen en riesgo serio la vida de la paciente si utiliza anticonceptivos orales:

- Tromboflebitis, trastornos tromboembólicos, enfermedad cerebrovascular, coronariopatías.
- Trastornos agudos o crónicos de la función hepática.
- Embarazo diagnosticado o sospechoso.
- Hemorragia genital.
- Cáncer mamario o uterino.
- Lactancia.
- Diabetes.
- Nefropatías.
- Ictericia obstructiva del embarazo.
- Hiperlipemia.

(68) S.S.A. Op. cit. p.89

Relativas.

Cada una de ellas conlleva un riesgo potencial que no existe en ausencia del uso de estos fármacos.

- Mujeres mayores de 35 años.
- Tabaquismo.
- Depresión.
- Miomatosis uterina.
- Insuficiencia venosa periférica.
- Síndrome epiléptico.
- Intervención quirúrgica reciente o electiva. (69)

Ventajas.

- Mayor efectividad
- Permiten a la pareja llevar una vida sexual espontánea, sin temores ni represiones.
- No requieren de manipulación genital, ni aditamentos especiales.
- Regulan el ciclo menstrual, mejoran o disminuyen la dismenorrea.
- Es de bajo costo.

Desventajas.

- Pueden provocar efectos secundarios temporales al inicio de su uso.
- Su uso requiere receta y control médico.
- Los errores en el modo de empleo disminuyen su efectividad.

(69) S.S.A. Op. cit. p.6-8

Efectos colaterales del uso de los hormonales orales:

- Sangrado intermenstrual
- Vómito, náuseas
- Edema
- Hipertensión arterial
- Presencia de dolor o nodulos axilares o en glándulas mamarias.
- Cefalea
- Cloasma. (70)

Hormonales inyectables

Los anticonceptivos inyectables son métodos temporales de doble acción y se dividen en dos grupos:

- Los combinados de estrógeno y progestina, y
- Los que contienen sólo progestina.

Hormonales combinados inyectables que contienen estrógeno y progestina.

Formulación

- Contienen un éster de estradiol: las dosis recomendables de éster de estradiol no deben exceder de 5mg al mes.
- Además de estrógeno contienen una de cualesquiera de las siguientes progestinas sintéticas esterificadas derivadas de la 19-nortestosterona: enantato de noretisterona (50 mg), o derivadas de la 17-hidroprogesterona: acetato de medroxiprogesterona (25mg) y acetofénido de dihidroxiprogesterona (75 y 150 mg).

(70) Mondragón. *Op. cit.* p. 395

Presentación.

Existen cuatro tipos de anticonceptivos hormonales combinados inyectables:

- Cipionato de estradiol 5 mg + acetato de medroxiprogesterona 25 mg en 0.5 ml de suspensión acuosa microcristalina.
- Valerianato de estradiol 5 mg + enantato de norestisterona 50 mg en 1 ml de solución oleosa.
- Enantato de estradiol 5 mg + acetofénido de dihidroxiprogesterona 75 mg en 1 ml de solución oleosa.
- Enantato de estradiol 10 mg + acetofénido de dihidroxiprogesterona 150 mg en 1 ml de solución oleosa.

Efectividad anticonceptiva.

- Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%.

Indicaciones

Están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método anticonceptivo hormonal de larga acción e inyectable, en las siguientes circunstancias:

- Antes del primer embarazo.
- En el intervalo intergenésico.
- En posaborto.
- En posparto, o poscesárea después de la tercera semana, si la mujer no está lactando.

Contraindicaciones.

- Lactancia en los primeros seis meses.
- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Tener o haber tenido cáncer mamario o de cérvix

- Tener o haber tenido enfermedad tromboembólica incluyendo trombosis de venas profundas, embolia pulmonar, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica y cardiopatía reumática.
- Tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos.
- Tener enfermedad hepática aguda o crónica activa.
- Durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes.

Precauciones.

- Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada.
- Fumadoras mayores de 35 años de edad.
- Hipertensión arterial.
- Diabetes mellitus no controlada.
- Migraña focal.
- Leiomiomatosis uterina.
- Insuficiencia renal.
- Alteraciones de la coagulación.

Forma de administración

- Los anticonceptivos hormonales combinados inyectables se aplican por vía intramuscular profunda en la región glútea.
- La primera aplicación debe hacerse en cualesquiera de los primeros cinco días después de iniciada la menstruación. También puede iniciarse en cualquier momento, si se está razonablemente seguro de que la usuaria no está embarazada. Si el método se inicia después del quinto día del ciclo menstrual debe usarse simultáneamente un método de barrera durante los primeros siete días después de la inyección. Las inyecciones subsecuentes deben aplicarse cada 30+/-3 días, independientemente de cuando se presente el sangrado menstrual.

- Las usuarias de anticonceptivos inyectables que sólo contienen progestina pueden cambiar al hormonal combinado inyectable recibiendo la primera aplicación de éste en el día programado para su inyección. Posteriormente se debe aplicar cada 30 +/-3 días independientemente de cuando se presente el sangrado menstrual.
- En el posparto, o poscesárea cuando la mujer no efectúa lactancia, la administración del hormonal combinado inyectable se puede iniciar después de la tercera semana.
- Después de un aborto se puede iniciar la administración del hormonal combinado inyectable a las dos semanas.
- Estos anticonceptivos deben suspenderse 45 días antes de una cirugía mayor electiva, o durante la inmovilización prolongada de alguna extremidad y reiniciarse dos semanas después.

Lineamientos generales para la prescripción.

- Los anticonceptivos hormonales combinados inyectables pueden obtenerse en unidades de atención médica y en programas de distribución comunitaria o adquirirse en las farmacias.
- Se pueden realizar los siguientes procedimientos para su prescripción:
 - Proporcionar consejería.
 - Efectuar interrogatorios.
 - Instruir a la mujer en el uso adecuado de los inyectables.
- Efectuar examen físico, en función de capacitación y recursos de los prestadores de servicios y requerimientos de los métodos anticonceptivos incluyendo: toma de tensión arterial, examen de mamas, examen pélvico y toma de muestra para citología cérvico-vaginal (Papanicolaou). En caso de adolescentes el examen pélvico y la toma de muestra para citología cérvico-vaginal, puede diferirse para consultas subsecuentes.

- Se deben aplicar con jeringas y agujas estériles que sean desechables.

Duración de la protección anticonceptiva.

La protección anticonceptiva se extiende hasta por 33 días después de la aplicación de la inyección. La aplicación de inyecciones subsecuentes después de 33 días a partir de la anterior no garantiza protección anticonceptiva.

Efectos colaterales.

Algunas mujeres pueden presentar.

- Irregularidades menstruales.
- Cefalea.
- Náusea.
- Vómito.
- Mareo.
- Mastalgia.
- Incremento de peso corporal.

Conducta a seguir en caso de presentarse efectos colaterales

- En caso de sintomatología leve, se debe reforzar la consejería y recomendar a la usuaria que continúe el uso del método, ya que esta sintomatología puede ser transitoria y comúnmente se presenta sólo en los primeros meses de uso.

Suspender el uso del método si se presenta alguna de la siguientes situaciones:

- Sospecha de embarazo.
- Cefalea intensa.
- Dolor torácico intenso.
- Disnea.
- Dolor de miembros inferiores.
- Ictericia.
- Intolerancia a las irregularidades del ciclo menstrual.
- Persistencia o intolerancia de efectos colaterales mas allá de seis meses.

Conducta a seguir en caso de uso irregular del método anticonceptivo.

- Para asegurar la efectividad del método es indispensable que las inyecciones subsecuentes se apliquen con un intervalo máximo de 33 días. No es recomendable aplicarlas antes de 27 días.
- Si se omite la aplicación de la inyección en el período adecuado, deben prescribirse métodos de barrera y diferir la inyección al siguiente ciclo menstrual.
- Si la aplicación de la inyección se efectuó tardíamente (después de 33 días), deben adicionarse métodos de barrera durante el resto de ese ciclo menstrual.

Hormonales inyectables que sólo contienen progestina.

Formulación.

Contiene una progestina sintética esterificada derivada de la 19-nortestosterona, enantato de noretisterona (200 mg); o derivada de la 17--hidroxiprogesterona, acetato de medroxiprogesterona (150 mg).

Presentación.

Existen dos tipos de anticonceptivos hormonales inyectables que sólo contienen progestina:

- Enantato de noretisterona 200 mg, en ampollita con 1 ml de solución oleosa.
- Acetato de medroxiprogesterona 150 mg, en ampollita con 3ml de suspensión acuosa microcristalina.

Efectividad anticonceptiva.

- Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%.

Indicaciones

Estos anticonceptivos están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método temporal de larga acción e inyectable, en las siguientes circunstancias:

- Antes del primer embarazo, inclusive cuando el uso de estrógenos esté contraindicado.
- En el intervalo intergenésico, inclusive cuando el uso de estrógeno esté contraindicado.
- Mujeres en el posparto o poscesárea, con o sin lactancia y deseen un método inyectable.
- En el posaborto.

Contraindicaciones.

- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Tener o haber tenido cáncer mamario o del cérvix.
- Tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos.
- Tener enfermedades hepática aguda o crónica activa.
- Durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes.

Precauciones

- Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada.
- Insuficiencia renal.
- Cardiopatía isquémica.
- Depresión importante.
- Migraña focal.
- Mujeres que deseen embarazarse en un período menor a 9 meses después de suspender el anticonceptivo.

- Alteraciones de la coagulación.

Forma de administración

- Los anticonceptivos hormonales inyectables que sólo contienen progestina se aplican por vía intramuscular profunda en la región glútea.

- La primera aplicación debe efectuarse en cualesquiera de los primeros siete días después del inicio del ciclo.
- Las inyecciones subsecuentes de DMPA deben aplicarse cada tres meses y las de NET-EN cada dos meses independientemente de cuando se presente el sangrado.

- En el posparto, cuando la mujer esté lactando, la aplicación de estos anticonceptivos inyectables debe efectuarse después de la sexta semana.

- En el posaborto la primera aplicación puede efectuarse inmediatamente.

Lineamientos generales para la prescripción

- Los anticonceptivos que sólo contienen progestina se pueden obtener en unidades de atención médica, y en programas de distribución comunitaria adquirirse en las farmacias con prescripción médica.

Se deben realizar los siguientes procedimientos para su prescripción:

- Proporcionar consejería.
- Efectuar interrogatorios.
- Instruir a la mujer en el uso adecuado de las inyecciones.

- Efectuar examen físico en función capacitación y recursos del prestador de servicios y requerimientos de los métodos anticonceptivos incluyendo: la toma de la tensión arterial, examen de mamas, examen pélvico y toma de muestra paracitología cérvico-vaginal (Papanicolaou). En caso de adolescentes, el examen pélvico y la toma de citología cérvico-vaginal se pueden diferir para consultas subsecuentes.

- Se debe tener especial atención para evitar el uso indistinto de anticonceptivos hormonales combinados inyectables y los que sólo contienen progestina, razón de su diferente formulación y duración de efectividad.

- Se deben utilizar jeringas y agujas estériles que sean desechables.

Duración de protección anticonceptiva.

- La protección anticonceptiva conferida por NET-EN, se extiende por lo menos a los 60 días que siguen a la inyección, aunque en general es más prolongada.

- La protección anticonceptiva conferida por DMPA, se extiende por lo menos a los 90 días que le siguen a la inyección, aunque en general es más prolongada.

Efectos colaterales.

Algunas mujeres pueden presentar:

- Los anticonceptivos que sólo contienen progestina se pueden obtener en unidades de atención médica, y en programas de distribución comunitaria adquirirse en las farmacias con prescripción médica.

Se deben realizar los siguientes procedimientos para su prescripción:

- Proporcionar consejería.
- Efectuar interrogatorios.
- Instruir a la mujer en el uso adecuado de las inyecciones.

- Efectuar examen físico en función capacitación y recursos del prestador de servicios y requerimientos de los métodos anticonceptivos incluyendo: la toma de la tensión arterial, examen de mamas, examen pélvico y toma de muestra paracitología cérvico-vaginal (Papanicolaou). En caso de adolescentes, el examen pélvico y la toma de citología cérvico-vaginal se pueden diferir para consultas subsecuentes.

- Se debe tener especial atención para evitar el uso indistinto de anticonceptivos hormonales combinados inyectables y los que sólo contienen progestina, razón de su diferente formulación y duración de efectividad.

- Se deben utilizar jeringas y agujas estériles que sean desechables.

Duración de protección anticonceptiva.

- La protección anticonceptiva conferida por NET-EN, se extiende por lo menos a los 60 días que siguen a la inyección, aunque en general es más prolongada.

- La protección anticonceptiva conferida por DMPA, se extiende por lo menos a los 90 días que le siguen a la inyección, aunque en general es más prolongada.

Efectos colaterales.

Algunas mujeres pueden presentar:

- Irregularidades menstruales.
- Amenorrea.
- Cefalea.
- Mastalgia.
- Aumento de peso.

Conducta a seguir en caso de presentarse efectos colaterales

- En caso de sintomatología leve, reforzar la consejería y recomendar a la usuaria que continúe el uso del método.

Suspender el uso del método si se presentara alguna de la siguientes situaciones:

- a) Sospecha de embarazo.
- b) Intolerancia a las irregularidades del ciclo menstrual.

Conducta a seguir en caso de uso irregular del método anticonceptivo

- La aplicación de NET-EN puede efectuarse hasta dos semanas después de la fecha programada, sin necesidad de adicionar otro método. Aunque no es aconsejable también puede aplicarse hasta dos meses antes de la fecha programada para inyecciones subsecuentes.

La aplicación de DMPA puede efectuarse hasta cuatro semanas después de la fecha programada, sin necesidad de adicionar otro método. Aunque no es aconsejable, también puede aplicarse hasta cuatro semanas antes de la fecha programada para inyecciones subsecuentes.

(71) S.S.A. Norma Oficial Mexicana de Planificación Familiar, Mayo 1994. p. 29-38.

1.4.4. Métodos locales o barrera

Son agentes mecánicos o sustancias químicas que sirven para impedir que los espermatozoides alcancen la cavidad uterina y fecunden al óvulo, entre ellos se encuentran: El preservativo, espermaticidas, diafragma.

Preservativo o Condón.

Es una especie de funda elaborada de látex, sirve como cubierta para el pene durante el coito y evita el depósito de semen en la vagina.

Indicaciones.

- Intolerancia a otros métodos anticonceptivos.
- Relaciones sexuales esporádicas.
- Apoyo a otro método anticonceptivo.

Ventajas.

- No requiere receta médica.
- Es de bajo costo.
- Promueve la participación masculina en la planificación familiar.
- Su uso evita el contagio de enfermedades transmitidas por contacto sexual.

Desventajas.

- Puede romperse durante el coito o salirse el semen prematuramente al retirarlo.
- Puede producir ardor en la mucosa vaginal de algunas mujeres.

Espermaticidas.

Son sustancias químicas que se colocan en la vagina antes del coito, y actúan de dos maneras: primero, forman una barrera para dificultar la entrada de los espermatozoides a la matriz; segundo, cuando los espermatozoides entran en contacto con las sustancias químicas se neutralizan y mueren. Se presentan en forma de jaleas, espumas, cremas, óvulos.

Espumas.

Es un producto envasado bajo presión en una lata o botella con gas inerte, que al ser liberado produce una espuma que se coloca en un aplicador tipo jeringa.

Modo de empleo.

El aplicador con la espuma se coloca en la vagina profundamente 5 minutos antes de la relación sexual una vez colocada, la mujer deberá acostarse para evitar que se escurra la espuma. Si después de una hora se vuelven a tener relaciones, se deberá aplicar el producto nuevamente.

Indicaciones.

- En parejas con relaciones sexuales poco frecuentes.
- En parejas que deseen una anticoncepción temporal.
- En mujeres en quienes estén contraindicados los anticonceptivos hormonales y los dispositivos intrauterinos.

Ventajas.

- De fácil aplicación.
- De bajo costo.
- No requiere receta médica.
- Sin efectos tóxicos.

Desventajas.

- En raros casos causa irritación local de genitales por hipersensibilidad al compuesto químico.

Diafragma.

Consiste en colocar un dispositivo intravaginal, el cual cuenta con un anillo metálico que rodea a la cérvix, y al cual se inserta un capuchón de látex que impide la penetración de espermatozoides al contacto cervical.

Ventajas.

- No interfiere en el amamantamiento.
- Puede instalarse de dos a seis horas antes del coito.
- Se evita la ingestión diaria de comprimidos.

Desventajas.

- Es un método de difícil aplicación, requiere de un entrenamiento adecuado y práctica previa a su empleo.
- Debe utilizarse simultáneamente con un espermaticida que cubra ambas caras del diafragma, no debe permanecer colocado en un sitio más de 24 horas seguidas, debe retirarse hasta seis horas después de realizarlo el coito.
- El diafragma sirve en mujeres que desean espaciar sus embarazos, está contraindicado en grandes multiparas que tienen relajación perineal o problemas de descenso uterino. (72)

1.4.5 Método intrauterino o dispositivo intrauterino

Los dispositivos intrauterinos son objetos de forma, tamaño y material diferentes adecuados para ser colocados en la cavidad uterina con el fin de evitar el embarazo.

(72) D.G.P.F. Op. cit. p. 40

Mecanismo de acción.

La anticoncepción por medio de la utilización del DIU se obtiene en el nivel local por varios mecanismos algunos dependientes de su acción, como cuerpo extraño, y otros que competen a la acción del cobre sobre substratos biológicos.

Refiriéndose al primero de ellos, provoca una respuesta inflamatoria, promoviendo la migración de elementos celulares que al degradarse liberan enzimas lisosomales que destruyen a los espermatozoides también se ha sugerido que el DIU altera la respuesta del endometrio a las hormonas ováricas.

A lo anterior debemos agregar las acciones del cobre que por medio de los iones cupricos, provoca la ruptura de los puentes disulfuro- proteicos propiciando su precipitación en la superficie endometrial previniendo la implantación.

El cobre produce lisis de las mucoproteínas e inactiva enzimas de crucial importancia para la fisiología reproductiva; además interfiere con los mecanismos respiratorios del espermatozoide y lo inactiva inmovilizándolo, por último, el cobre hace muy débil la membrana celular lo que provoca la oxidación de sus ácidos grasos con la consecuente lisis de organelos celulares.

Modo de empleo.

La inserción debe ser adecuada para obtener mayor éxito para su inserción el DIU cuenta con un tubo aplicador especial y debe ser colocado lo más alto posible de la cavidad uterina para lograr una mayor protección contra el embarazo.

El momento de la inserción se debe efectuar en las siguientes situaciones:

- Durante el segundo día de sangrado.
- Después de un parto eutócico.

- Después de un aborto no complicado.
- Después de seis semanas de la operación cesárea.

Indicaciones.

- En útero anatómicamente normal.
- Tabaquismo de más de 15 cigarrillos al día.
- Lactancia.
- Intolerancia al uso de anticonceptivos hormonales.

Contraindicaciones.

- Sospecha o presencia de embarazo.
- Malformaciones congénitas de vagina o útero.
- Miomatosis uterina.
- Sospecha o presencia de cáncer cervicouterino.
- Insuficiencia cardíaca.
- Anemia.
- Antecedentes de embarazo ectópico.
- Dismenorrea incapacitante.
- Hemoglobinopatías, leucemias, coagulopatías.
- Sangrado genital no diagnosticado.
- Cervicitis, endometritis o anexitis agudas o crónicas.
- Aborto complicado.
- Atonía uterina.
- Corioamniotitis.
- Trabajo de parto prolongado.
- Accidentes quirúrgicos o anestésicos trans cesárea.
- Infección pélvica.
- Sepsis puerperal.
- Eclampsia.

Ventajas.

- Es un método efectivo para las mujeres que desean espaciar sus embarazos.
- No afecta la fertilidad.
- No interfiere durante las relaciones sexuales.
- Es de fácil colocación por personal capacitado.

Desventajas.

- La necesidad de control médico periódico posteriormente a su aplicación.

Efectos colaterales.

- Alteración menstrual con aumento en la cantidad y tiempo del sangrado.
- Dolor pélvico.
- Dispareunia.

En ocasiones el DIU es perfectamente bien tolerado, sin embargo, hay veces que puede existir necesidad de retirarlo por razones medicas como:

- Sangrado por vía vaginal.
- Dolor.
- Inflamación pélvica.
- Perforación uterina accidental.
- Embarazo ectópico.
- Endometritis. (73)

(73) S.S.A. Op. cit. p. 13

1.4.6 Métodos definitivos.

Oclusión tubárica bilateral o salpingoclasia.

En la interrupción quirúrgica del tránsito de las trompas de falopio, para impedir que ocurra la unión del óvulo con el espermatozoide, lo cual produce esterilidad permanente. (74)

Es un procedimiento que consiste en seccionar y ligar las trompas uterinas para impedir el paso de los espermatozoides al tercio externo de las trompas uterinas: al quedar destruido el paso óvulo espermatozoide no se pueden poner en contacto y no hay posibilidad de fecundación. La oclusión tubaria se realiza por vía abdominal o vaginal; es preferible optar por la primera por ser más simple y de resultados más satisfactorios.

La minilaparotomía y la laparoscopia realizadas por vía abdominal son las técnicas más utilizadas en la actualidad para la oclusión tubaria. (75)

Indicaciones.

- Paridad Satisfecha.
- Riesgo reproductivo elevado.
- Transmisión de padecimientos genéticos.
- Deficiencia mental.

(74) Mondragón. *Op. cit.* p. 396

(75) D.G.P.F. *Op. cit.* p. 43

Contraindicaciones.

- Recién nacido pretermino o deprimido.
- Sospecha o embarazo comprobado.
- Infección pélvica.
- Parto o cesárea con ruptura prematura de membranas de más de 6 horas de evolución.
- Sepsis puerperal.
- Eclampsia, preeclampsia.
- Hemorragia pre o post-aborto.
- Traumatismo obstétrico.
- Aborto provocado.

En caso de que el procedimiento se quiera realizar mediante laparoscopia. Está contraindicado cuando hay hernia abdominal, cirugía abdominal previa tumoración pélvica y procesos adherenciales.

Ventajas.

- Mayor tranquilidad para realizar el acto sexual.
- Evita con mayor seguridad tener hijos no deseados.
- No interfiere con el ciclo menstrual.
- El procedimiento es simple y fácil de realizar.
- Puede realizarse en cualquier momento de la vida reproductiva ante la decisión consciente e informada de la paciente.
- La técnica quirúrgica es relativamente sencilla, el costo bajo, las incisiones pequeñas y el riesgo mínimo.

Desventajas.

- Se requiere de cirujano capacitado.
- De un centro hospitalario.
- Procedimiento anestésico adecuado.
- Puede ocurrir embarazo después de haberse practicado la cirugía.

Complicaciones.

- Infección.
- Hematomas.
- Abscesos.
- Dolor.
- Perforación uterina.
- Depresión respiratoria. (76)

Vasectomía

Es un método quirúrgico consiste en interrumpir la continuidad anatómica del conducto deferente para impedir la salida de los espermatozoides en la eyaculación. (77)

Es un procedimiento que tiene como propósito la sección u obstrucción por medios quirúrgicos de los conductores deferentes.

(76) S.S.A. Op. cit. p. 19

(77) Mondragón. Op. cit. p. 465

Indicaciones.

- Fecundidad satisfecha.
- Transmisión de padecimientos genéticos.
- Deficiencia mental.

Contraindicaciones.

- Se pueden dividir en locales o sistémicas.

Locales.

- Infección genitourinaria.
- Hernia escrotal.
- Tumores testiculares, varicocele, hidrocele.
- Dermatitis del escroto.

Sistémicas.

- Coagulopatías o uso de anticoagulantes.
- Anemia severa.
- Diabetes descompensada.

Es importante mencionar que no se recomienda la vasectomía en varones que presenten desajustes emocionales, ya que cuando estos existen el hombre puede atribuir al procedimiento cambios indeseables.

Ventajas.

- Mayor tranquilidad para realizar el acto sexual.
- Es un procedimiento simple, fácil de realizar.

- Es un aparato que permite la participación activa del varón en la planificación familiar.
- No interfiere en la capacidad del hombre para mantener relaciones sexuales satisfactor

Desventajas.

- Efectos psicológicos no deseables.
- La protección total se da hasta que se hayan producido un mínimo de 15 eyaculaciones o después de transcurrir 8 semanas después de la cirugía hasta entonces deberá recomendarse el uso de un método de barrera.

Complicaciones.

- Equimosis.
- Hematoma.
- Infección.
- Granuloma espermático.
- Epididimitis.
- Recanalización del deferente. (78)

(78) S.S.A. Op. cit. p. 21

2.- RESULTADOS

2.1 Análisis de Cuadros.

En cuanto a la edad de mayor incidencia de las entrevistadas la ocupa el intervalo de 10 a 24 años con un 36.5%, siguiendo el de 25 a 29 años con 26.9% y un 10.9% el de 30 a 34 años lo que en total da un 74.3% de mujeres que se encuentran en edad fértil ideal para la reproducción. Por otra parte el 9.6%, el 7% y el 4.3% lo ocupan los intervalos de 35 a 49 años, así como el 4.8% entre 14 a 19 años; de acuerdo a los resultados obtenidos se puede observar que estos grupos se encuentran en edad en la cual se exponen a mayores peligros dentro de su vida reproductiva, ya que la edad es un factor significativo en la mortalidad materno-infantil, y que dentro de los riesgos ha que se exponen las mujeres que se embarazan antes de los 20 años, así como después de los 35 años, son embarazos no deseados, partos prematuros, anemia, desnutrición, preeclampsia, y eclampsia.

(ver cuadro No. 1 p. 79)

En relación a la escolaridad de las entrevistas se encontró; que el 39.1% tienen primaria incompleta, mientras que el 20% corresponde a las que saben leer y escribir, y el 9.6% a las analfabetas. Es por ello que de acuerdo a los resultados obtenidos se puede mostrar que desde siempre la familia, ha brindado más apoyo a la preparación escolar del hombre en relación a la de la mujer, ya que se considera que éste debe contar con conocimientos elementales para poder desarrollarse en el ámbito laboral, en tanto que para la mujer se hace indispensable el permanecer en el hogar sin embargo la situación en el campos es más desesperante debido a que el acceso a la educación se halla con más restricción para el sexo femenino, ya que la precaria situación económica, aunada a la cultura de la población, falta de escuelas en todos los niveles educativos, así como de profesores, condicionan un bajo nivel educativo; por lo cual es realmente difícil que la mujer teniendo niveles educacionales bajos acepten la planificación familiar.

(ver cuadro No. 2 p. 80)

Por lo que corresponde al estado civil de las mujeres en estudio se encontró que de las 230; 223 son casadas y sólo 7 son solteras, pudiendo señalar que en estas comunidades aún predominan ideas y costumbres arraigadas desde antaño sobre la virginidad y el matrimonio para poder tener una vida en pareja así mismo, de que las mujeres deben casarse en edades tempranas porque después son solteras por otra parte no es bien visto o aceptado que vivan en unión libre.

(ver cuadro No. 3 p. 81)

Respecto a la pregunta realizada a las mujeres con la finalidad de conocer con las personas que viven, se encontró que el 50% vive con su pareja, el 5.6% con sus hijos, y el 44.4% con sus padres o suegros por lo cual es importante observar que en estas comunidades aún se mantiene la organización nuclear y el patriarcado. Por otra parte las mujeres aún casadas viven con sus padres o bien abandonaron su hogar para habitar con sus suegros, esto implica que es ella quien debe adaptarse a vivir en un hogar que no es el propio, ya que la posición de la nuera es de subordinación con respecto a sus suegros, ella debe pedir permiso para salir o llevar a la práctica cualquier iniciativa.

(ver cuadro No. 4 p. 82)

Por lo que respecta a la religión practicada y la aceptación de la planificación familiar; se encontró que el 100% practica la religión católica; mientras que el 92.2% refirió que su religión no permite la planificación familiar, y el 7.8% dijeron que si se acepta. Es por ello que se hace representativo la influencia que tiene la religión para la utilización de algún método anticonceptivo ya que desde el punto de vista católico, recalca las obligaciones del individuo de procrear y de su responsabilidad, aprobando solamente el método del ritmo para el control de la natalidad; cuando existen motivos graves para espaciar los nacimientos motivos que pueden provenir de condiciones físicas o psíquicas de los esposos, la iglesia enseña que está permitido recurrir a los ritmos naturales de las funciones generadoras, tener relaciones íntimas únicamente en períodos no fecundos, y controlar así la natalidad sin violar los principios morales.

(ver cuadro No. 5 y 6 p. 83 y 84)

En cuanto al concepto de educación sexual que tienen las entrevistadas el 100% manifestó no conocerlo, los anteriores resultados nos permiten reforzar que la mujer campesina no cuenta con conocimientos sobre educación sexual que en un momento determinado pudiera utilizar en diferentes situaciones de su vida, aunado ha múltiples prejuicios y tabús existentes en torno a la sexualidad. Siendo que la educación sexual es un proceso gradual y progresivo orientado a la formación de hábitos y comportamientos relacionados con la vida sexual del individuo, que debe formar parte de la educación sexual, no basta sólo la información biológica; sino que también una suficiente capacitación para los padres de familia, maestros y demás educadores para que su labor sea atinada, adecuada y gradual en orden a una verdadera educación sexual.

(ver cuadro No. 7 p. 85)

Respecto al grado de conocimientos sobre la constitución del aparato reproductor femenino y principales órganos conocidos se encontró que el 59.1% no lo conocen; mientras que el 40.9% reportaron conocerlo; pero así mismo se pudo apreciar que en realidad ninguna de las 230 entrevistadas conocen globalmente la constitución del aparato reproductor femenino ya que para el 16.9% sólo esta integrado por los ovarios, para el 8.7% por la vagina, el 7.4% matriz, el 6.1% ovarios y matriz, y para el 0.9% por las trompas de falopio y vulva. Es por ello que no se puede dejar de cuestionar como es posible que la mujer desee aceptar cualquier programa de planificación si se encuentra con un alto grado de desconocimiento sobre su propia constitución anatómica y fisiológica.

(ver cuadros No. 8 y 9 p. 86 y 87)

Referente al concepto de planificación familiar que manejan las mujeres se encontró que el 35.7% de las 230 no lo conocen, así mismo permitió apreciar un concepto erróneo en el 64.3% que reportaron saberlo; ya que para ellas la planificación familiar es tener pocos hijos, cuidarse para no tener tantos hijos, y no tener hijos pronto, lo cual refleja la influencia de los medios masivos de comunicación ya que van encaminados más al control de la natalidad que ha la planificación familiar. Siendo que la planificación familiar se define como el derecho de toda persona de decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos; así también se funda en la práctica que ayuda ha disminuir los niveles de fecundidad con pleno respeto a la decisión y dignidad de cada pareja lo que lleva a mejorar los niveles de vida y sobre todo resguardar la salud.

(ver cuadro No. 10 p. 88)

Relativo a la importancia de la planificación familiar, el 50% indicó que es importante para "brindarles a los hijos las satisfacciones que uno no tuvo", el 35.7% por la "seguridad económica" y el 7% para "darles amor y recibirlo de ellos", en tanto que el 7.3% se ubica en aquellas que expresaron que para ellas no tiene ninguna importancia por otra parte, se debe resaltar que la mujer manifiesta una actitud positiva hacia la planificación familiar pero menor hacia el uso de los métodos anticonceptivos.

(ver cuadro No. 11 p. 89)

En relación sobre si saben con quien asistir para recibir información de planificación familiar y personas con las que asisten se encontró que el 71.7% no sabe con quien acudir, en tanto que del 28.3% un 10% acude con la auxiliar de salud, 9.6% con la enfermera, mientras que el 5.2% con el médico, y el 3.5% con la partera por otra parte, es importante observar que a pesar del interés de los programas de planificación familiar y del personal de salud en dichas comunidades no se ha logrado que la mujer tome interés por recibirla en forma real, ya que prefieren recibirla de forma errónea por parte de la comadre, amiga, lo cual condiciona que la falta de esta información se asocie a una actitud desfavorable por parte de ella hacia la anticoncepción.

(ver cuadros No. 12 y 13 p. 90 y 91)

Respecto a la opinión que las mujeres tienen sobre la importancia de la utilización de los métodos anticonceptivos, el 49.6% refirió que son muy convenientes para planear la familia, en tanto que un 38.7% opinó que no funcionan y que son perjudiciales para la salud lo cual refuerza que la mujer no cuenta con una adecuada información sobre los métodos así como una deficiencia en los programas de planificación familiar, y que para conseguir que la mujer conozca la importancia de la utilización de los métodos y que el prestador del servicio de salud conozca los aspectos médicos 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 incluyan factores tradicionales, religiosos y culturales.

(ver cuadro No. 14 p. 92)

Por lo que corresponde a la utilización de algún método anticonceptivo se encontró que el 71.7% no utilizan alguno y que sólo un 28.3% si, ya que esto va relacionado a la ausencia del marido que emigra a los Estados Unidos obligando a la mujer a suspenderlo o utilizarlo al regreso del compañero por otra parte, la mujer no desea más hijos, pero no utiliza ninguno ni habla de ellos con su pareja.

(ver cuadro No. 15 p. 93)

En cuanto a los factores que influyen para que las mujeres en estudio no utilicen algún método anticonceptivo se encontró que el 28.3% es por que su pareja no lo acepta, con lo cual es necesario señalar la existencia de patrones machistas, y además que la mujer no ha logrado vencer el yugo impuesto por el machismo existente y que se le niega a decidir por si sola sobre diferentes situaciones, entre ellas el control de su fertilidad.

Por lo que corresponde a la religión las entrevistadas manifestaron que el factor religioso no es tan determinante para que no utilicen algún método anticonceptivo, aunque tampoco puede minimizarse la influencia que aún persiste, en mayor o menor grado. En tanto al temor a que fallen y por información errónea, se pudo apreciar que la mujer no cuenta con una adecuada información sobre los diferentes métodos, así como de las ventajas, desventajas, indicaciones y contraindicaciones, lo que también limita su uso.

(ver cuadro No. 16 p. 94)

Relativo a las razones por lo que las mujeres o su pareja han usado algún método anticonceptivo, el 71.7% refirió no haber tenido alguna, mientras que el 14.8% lo han utilizado por motivos económicos, el 8.7% para garantizar afecto y atención para los hijos, en tanto el 4.3% para tener relaciones sexuales sin la preocupación de un nuevo embarazo; así mismo se pudo apreciar que una parte de las mujeres que han usado alguno lo hizo sin el consentimiento del esposo, ya que ellas reportaron que éste teme a la infidelidad de la mujer como consecuencia del uso de alguno de ellos, así como muerte, esterilidad, abandono, pérdida del deseo sexual y demás castigos y autocastigos.

(ver cuadro No. 17 p. 95)

En relación a los métodos anticonceptivos conocidos por parte de la mujer se encontró que sólo un 28.3% conocen alguno, por otra parte se debe resaltar la baja aceptación que tiene la salpingoclasia y la vasectomía ya que el rechazo por parte de la mujer esta sustentado en el temor a ser intervenida quirúrgicamente lo que a su vez es indicativo de un deficiente información así como las múltiples creencias y concepciones culturales que maneja la pareja.

En cuanto a la vasectomía es importante observar la baja aceptación que tiene por parte el varón a pesar de que los programas de planificación familiar formulados hasta el momento promueven la importancia de la participación activa del varón no se ha logrado consolidar dicho objetivo, ya que son muchos los factores que se encuentran del mismo, primero la no existencia de acciones educativas específicas dirigidas al varón.

(ver cuadro No. 18 p. 96)

2.2. CUADROS

CUADRO No. 1

EDAD DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS QUE PERTENECEN A LOS
MODULOS DE TARIMBARO Y CUITZEO DEL ESTADO DE MICHOACAN

EDAD	Fo.	%
15 - 19	11	4.8
20 - 24	84	36.5
25 - 29	62	26.9
30 - 34	25	10.9
35 - 39	22	9.6
40 - 44	16	7.0
45 - 49	10	4.3
TOTAL	230	100%

Fuente: Cuestionarios aplicados a mujeres que habitan en las localidades que integran los módulos de Tarimbaro y Cuitzeo del Estado de Michoacán durante el mes de Septiembre y Octubre de 1993.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CUADRO No. 2

ESCOLARIDAD DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS QUE PERTENECEN
A LOS MODULOS DE TARIMBARO Y CUITZEO DEL ESTADO DE
MICHOCAN.

ESCOLARIDAD	Fo.	%
Analfabeta	22	9.6
Sabe leer y escribir	46	20.0
Primaria completa	55	24.0
Primaria incompleta	90	39.1
Secundaria completa	10	4.3
Secundaria incompleta	7	3.0
TOTAL	230	100%

Fuente: La misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 3

ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES QUE PERTENECEN A LOS MODULOS DE TARIMBARO Y CUITZEO DEL ESTADO DE MICHOACAN.

ESTADO CIVIL	Fo.	%
Soltera	7	3.0
Casada	223	97.0
Unión libre	0	0
Separada	0	0
Viuda	0	0
Divorciada	0	0
TOTAL	230	100%

Fuente: La misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 4

PERSONAS CON LAS QUE VIVEN LAS MUJERES ENTREVISTADAS
PERTENECIENTES A LOS MODULOS DE TARIMBARO Y CUITZEO
DEL ESTADO DE MICHOACAN.

VIVEN	Fo.	%
Con mi pareja	115	50.0
Con mis hijos	13	5.6
Con mis padres	25	10.9
Con mis suegros	77	33.5
TOTAL	230	100%

Fuente: La misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 5

RELIGION PRACTICADA POR LAS MUJERES PERTENECIENTES
A LOS MODULOS DE TARIMBARO Y CUITZEO DEL ESTADO
DE MICHOACAN.

RELIGION	Fo.	%
Católica	230	100
Evangelista	0	0
Testigo de Jehová	0	0
Otras	0	0
TOTAL	230	100%

Fuente: La misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 6

PUNTO DE VISTA DE LAS MUJERES DE LA ACEPTACION DE LA
PLANIFICACION FAMILIAR POR PARTE DE LA RELIGION

ACEPTACION	Fo.	%
SI	18	7.8
NO	212	92.2
TOTAL	230	100%

Fuente: La misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 7

CONCEPTO DE EDUCACION SEXUAL QUE CONOCEN LAS MUJERES
ENTREVISTADAS QUE PERTENECEN A LOS MODULOS DE
TARIMBARO Y CUITZEO DEL ESTADO DE MICHOACAN.

EDUCACION SEXUAL	Fo.	%
SI	0	0
NO	230	100
TOTAL	230	100%

Fuente: La misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 8

GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE LA CONSTITUCION DEL APARATO
REPRODUCTOR FEMENINO CON EL QUE CUENTAN LAS MUJERES
QUE PERTENECEN A LOS MODULOS DE TARIMBARO Y
CUIZEO DEL ESTADO DE MICHOACAN

CONSTITUCION	Fo.	%
SI	94	40.9
NO	136	59.1
TOTAL	230	100%

Fuente: La misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 9

PRINCIPALES ORGANOS QUE SEGUN LAS MUJERES ENTREVISTADAS
CONOCEN DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

ORGANOS	Fo.	%
Ovarios	39	16.9
Matriz	17	7.4
Ovarios y matriz	14	6.1
Vulva, ovarios y vagina	2	0.9
Trompas de falopio y útero	2	0.9
Vagina	20	8.7
TOTAL	94	40.9%

Fuente: La misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 10

CONCEPTO DE PLANIFICACION FAMILIAR QUE MANEJAN LAS MUJERES
ENTREVISTADAS QUE PERTENECEN A LOS MODULOS DE TARIMBARO
Y CUITZEO DEL ESTADO DE MICHOACAN

PLANIFICACION FAMILIAR	Fo.	%
Tener pocos hijos	77	33.5
Cuidarse para no tener tantos hijos	39	16.9
No tener hijos pronto	32	13.9
Ningún	82	35.7
TOTAL	230	100%

Fuente: La misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 11

IMPORTANCIA QUE TIENE LA PLANIFICACION FAMILIAR PARA LAS MUJERES QUE PERTENECEN A LOS MODULOS DE TARIMBARO Y CUITZEO DEL ESTADO DE MICHOACAN

IMPORTANCIA	Fo.	%
Para brindarles a los hijos las satisfacciones que uno no tuvo	115	50
Por la seguridad económica	82	35.7
Para darles amor y recibirlo de ellos	16	7.0
Ninguna	17	7.3
TOTAL	230	100%

Fuente: La misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 12

OPINION DE LAS MUJERES SOBRE CON QUIEN ASISTIR
PARA RECIBIR INFORMACION DE PLANIFICACION FAMILIAR

INFORMACION	Fo.	%
SI	65	28.3
NO	165	71.7
TOTAL	230	100%

Fuente: La misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 13

PERSONAS CON LAS QUE ASISTEN LAS MUJERES ENTREVISTADAS
PARA RECIBIR INFORMACION DE PLANIFICACION FAMILIAR

PERSONAS	Fo.	%
Con la Auxiliar de salud	23	10.0
Con la enfermera	22	9.6
Con el médico	12	5.2
Con la partera	8	3.5
TOTAL	65	28.3

Fuente: La misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 14

IMPORTANCIA QUE TIENE LA UTILIZACION DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS PARA LAS MUJERES ENTREVISTADAS QUE PERTENECEN A LOS MODULOS DE TARIMBARO Y CUITZEO DEL ESTADO DE MICHOACAN

IMPORTANCIA	Fo.	%
Porque son muy convenientes para planear la familia	114	49.6
De que no funcionan	43	18.7
De que son perjudiciales para la salud	46	20.0
De que se sienten protegidas	15	6.5
Otros	12	5.2
TOTAL	230	100%

Fuente: La misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 15

USO DE ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO POR PARTE DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS QUE PERTENECEN A LOS MODULOS DE TARIMBARO Y CUITZEO DEL ESTADO DE MICHOACAN.

USO	Fo.	%
SI	65	28.3
NO	165	71.7
TOTAL	230	100%

Fuente: La misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 16

FACTORES QUE INFLUYEN PARA QUE LAS MUJERES
ENTREVISTADAS NO UTILICEN ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO

FACTORES	Fo.	%
Porque su pareja no lo acepta	65	28.3
Porque quiere tener los hijos que dios le dé.	7	3.0
Por problemas económicos.	10	4.3
Porque su religión no lo permite.	39	16.9
Por problemas de salud.	2	0.9
Por información errónea	20	8.7
Por la insatisfacción sexual	0	0
Porque teme que fallen	22	9.6
Otro	0	0
TOTAL	165	71.7%

Fuente: La misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 17

RAZONES POR LAS QUE LAS MUJERES ENTREVISTADAS O SU PAREJA HAN USADO ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO

RAZONES	Fo.	%
Garantizar afecto y atención para los hijos	20	8.7
Por motivos económicos	34	14.8
Para tener relaciones sexuales sin la preocupación de un nuevo embarazo	10	4.3
Para no impedir el desarrollo individual	0	0
Por la promoción que se ha hecho	1	0.5
Para no descuidar la relación de pareja por los hijos	0	0
Por la situación demográfica del país	0	0
Ninguna	165	71.7
TOTAL	230	100%

Fuente: La misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 17

RAZONES POR LAS QUE LAS MUJERES ENTREVISTADAS O SU PAREJA HAN USADO ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO

RAZONES	Fa.	%
Garantizar afecto y atención para los hijos	20	8.7
Por motivos económicos	34	14.8
Para tener relaciones sexuales sin la preocupación de un nuevo embarazo	10	4.3
Para no impedir el desarrollo individual	0	0
Por la promoción que se ha hecho	1	0.5
Para no descuidar la relación de pareja por los hijos	0	0
Por la situación demográfica del país	0	0
Ninguna	165	71.7
TOTAL	230	100%

Fuente: La misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 18

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS CONOCIDOS POR PARTE DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS QUE PERTENECEN A LOS MÓDULOS DE TARIMBARO Y CUITZEO DEL ESTADO DE MICHOACÁN.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	Fo.	%
Pastillas	15	6.5
Inyección	26	11.3
D.I.U	8	3.5
Cóndon	14	6.1
Salpingoclasía	2	0.9
Vasectomía	0	0
Ninguno	165	71.7
TOTAL	230	100%

Fuente: La misma del cuadro No. 1

3. CONCLUSIONES

Las conclusiones que a continuación se presentan son resultado de la información obtenida a través de la aplicación de 230 encuestas realizadas con la finalidad de conocer la "Influencia de los factores religiosos, culturales y educacionales en la aceptación de la planificación familiar y la práctica anticonceptiva en las mujeres en edad fértil de las comunidades rurales en los módulos: Tarímbaro y Cuitzeo del Estado de Michoacán".

Los objetivos fueron:

- Analizar la influencia que tienen los factores religiosos, culturales y educacionales en la aceptación de la planificación familiar y la práctica anticonceptiva en las mujeres en edad fértil.
- Identificar el grado de conocimientos respecto a los métodos anticonceptivos con los que cuentan las mujeres en edad fértil.
- Detectar los factores religiosos, culturales y educacionales que condicionan la aceptación de la planificación familiar y la práctica anticonceptiva.

Las conclusiones a las que se llegaron son:

Con respecto a la edad se encontró que un 74.3% son mujeres que se encuentran en edad fértil adecuada, y el 25.7% se encuentran en edad fértil en la cual se exponen a mayores peligros dentro de su vida reproductora.

El nivel educativo es muy bajo ya que la mayoría cuenta con primaria incompleta, esto se debe a que en estas zonas se considera que la mujer no necesita estudiar más, siendo el hogar la ocupación básica, debido a las costumbres donde el hombre es el único que debe adoptar el ingreso familiar.

En cuanto al estado civil, 223 de las 230 son casadas debido a que en estas zonas todavía imperan ideas y costumbres sobre el matrimonio donde no es bien visto ni aceptado que una pareja viva en unión libre.

De las 230 mujeres en estudio 115 viven sólo con su pareja y el resto además viven con sus padres o bien con sus suegros, ya que en estas comunidades se sigue manteniendo la organización familiar de tipo nuclear y el patriarcado.

En cuanto a la religión y a la aceptación de la planificación por parte de ella, se encontró que el 100% practica la religión católica y de estos el 92.2% refirió que la religión no permite la planificación familiar, ya que desde éste punto de vista sólo se aprueba el método del ritmo para controlar la natalidad.

Respecto al concepto de educación sexual el 100% manifestó no conocerlo, esto se debe a que aún en estas zonas existen múltiples prejuicios y tabus en torno a la sexualidad.

La mujer se encuentra con un alto grado de desconocimiento sobre su propia constitución anatómica y fisiológica, ya que el 59.1% no la conoce, mientras que el 40.9% que reportó conocerla en realidad no la conocen.

De acuerdo al concepto de planificación familiar, el 35.7% de las 230 no lo conocen, así mismo el 64.3% que reportó saberlo, cuenta con un concepto erróneo ya que para ellas es tener pocos hijos, cuidarse para no tener tantos hijos, y no tener hijos pronto.

El 50% de las entrevistas indicó que la planificación familiar es importante para "brindarles a los hijos las satisfacciones que uno no tuvo", el 35.7% por "la seguridad económica y el 7% para "darles amor y recibirlo de ellos", en tanto que para el 7.3% no tienen ninguna importancia.

De las 230 mujeres en estudio 165 no saben con quien asistir para recibir información de planificación familiar debido al poco interés de ellas ya que prefieren recibirla en forma errónea por otras personas, en tanto que el 65% asisten con la Auxiliar de salud, con la enfermera, con el médico y la partera.

Referentemente a la importancia de la utilización de los métodos anticonceptivos se encontró que el 49.6% refirió que son muy convenientes para planear familia, en tanto que un 38.7% opinan que no funcionan y que son perjudiciales para la salud.

El 71.7% de las entrevistas no utilizan ningún método anticonceptivo, el 28.3% si han utilizado alguno ya que esto va relacionado a la ausencia del marido que emigra a los Estados Unidos obligando a la mujer a suspenderlo.

Con respecto a los factores que influyen para que las mujeres en estudio no utilicen algún método anticonceptivo, el 28.3% no los utilizan porque su pareja no lo acepta, el 16.9% porque su religión no le permite aunque el factor religioso no es tan determinante tampoco se puede minimizar la influencia que aún persiste, en mayor o menor grado, en tanto que el 8.7% tienen información errónea y el 9.6% porque temen que fallen.

El 71.7% de las entrevistas opinan que no han tenido ninguna razón para utilizar algún método anticonceptivo, mientras que el 14.8% piensan que son útiles por motivos económicos, el 8.7% para garantizar afecto y atención para los hijos, en tanto que el 4.3% para tener relaciones sexuales sin la preocupación de un nuevo embarazo.

La mayoría de las mujeres en estudio desconocen los métodos anticonceptivos y sólo un 28.3% conocen alguno.

En base a lo anterior se considera que los objetivos planteados para éste estudio, se alcanzaron en su totalidad ya que se pudo conocer que los factores religiosos, culturales, y educacionales influyen en la aceptación de la planificación familiar y la práctica anticonceptiva en las mujeres en edad fértil de las comunidades rurales en los módulos: Tarimbaro y Cuitzeo del Estado de Michoacán.

4. ALTERNATIVAS DE SOLUCION

4.1. A través de las auxiliares de salud y supervisora de auxiliares de salud, realicen un control más exhaustivo en aquellas mujeres que se encuentran en edad reproductora; desde la adolescencia hasta la premenopausa, darles a conocer la importancia de la planificación familiar, y así como los riesgos de morbilidad y mortalidad materno-infantil que se presentan en esta etapa.

4.2. Pedir apoyo a las autoridades correspondientes, que integran el INEA o SEP para que por medio de ellos se incremente la educación en las poblaciones rurales.

4.3. Realizar una encuesta a la población para identificar alguna persona con estudios medios superiores o profesionales que pueda alfabetizar a la población.

4.4. Que a través de pláticas matrimoniales se oriente a las parejas de la información de su propio hogar, haciendo hincapié en la problemática que implica vivir con sus suegros o padres.

4.5. Apoyarse en los especialistas en educación sexual para capacitar a los responsables directos de esta educación como son: futuros padres, maestros e instituciones y grupos básicos con los que el individuo tiene contacto en la sociedad.

4.6. Que en las escuelas introduzcan en sus programas la enseñanza de los temas de sexología y educación sexual.

4.7. Que el programa de educación sexual a nivel comunitario se lleve a cabo a través del coordinador médico, supervisora de auxiliares de salud y auxiliares de salud.

4.8. Educar a la población adolescente y a las mujeres casadas sobre la Anatomía y Fisiología de los órganos genitales, con apoyo de médicos especialistas y métodos didácticos que faciliten el entendimiento de estos temas.

4.9. Que a través de programas de educación para la salud se lleve a cabo acciones de orientación a la pareja sobre los aspectos más importantes de la planificación familiar y decidan voluntariamente el momento más oportuno de tener hijos y estos crezcan con amor, respeto y comprensión de los padres.

- 4.10 Por medio de las supervisoras de auxiliares de salud y auxiliares de salud, se lleve a cabo una mejor promoción sobre el concepto de planificación familiar, a través de visitas domiciliarias o por medio de cartelones, periódicos murales, trípticos y folletos, para modificar la información errónea de éste concepto.
- 4.11 Orientar e informar sobre los sitios y personas con las que pueden dirigirse las mujeres para recibir información sobre planificación familiar y sus métodos anticonceptivos.
- 4.12 Promover los diferentes métodos anticonceptivos y que el prestador del servicio de salud conozca los aspectos médicos de los métodos a fin de que ofrezca una consejería correcta.
- 4.13 A nivel comunitario realizar reuniones donde participen las usuarias de algún método anticonceptivo, donde ellas expongan sus propias experiencias del método que utilizan y sus beneficios.
- 4.14 Realizar reuniones donde se expongan todos los métodos anticonceptivos, sus indicaciones, contraindicaciones, ventajas y desventajas, así como adiestramiento sobre el manejo de los mismo.
- 4.15 Orientar, motivar y educar a todas las mujeres que no utilicen algún método anticonceptivo para que conozcan las características de los métodos de planificación familiar.
- 4.16 Concientizar a las supervisoras de auxiliares de salud y auxiliares de salud de la importancia que tiene la prescripción de un método anticonceptivo.
- 4.17 Fomentar la participación activa del hombre en el uso de los métodos anticonceptivos, así mismo intensificar acciones educativas específicas dirigidas al varón, para lograr una mayor aceptación de la planificación familiar.

TESIS SIN PAGINACION

COMPLETA LA INFORMACION

5. ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**CEDULA DE ENTREVISTA PARA VALORAR A LAS MUJERES EN EDAD FERTIL DE LAS
COMUNIDADES RURALES DE TARIMBARO Y CUITZEO DEL ESTADO DE MICHOACAN.**

ELABORADO POR:

ESCALONA MORALES MA. DEL PILAR

REYES ARAIZA BEATRIZ

OBJETIVO DEL CUESTIONARIO.- Conocer los factores religiosos, culturales y educacionales que influyen en la aceptación de la planificación familiar y la práctica anticonceptiva.

FICHA DE IDENTIFICACION.

Nombre: _____

Domicilio: _____

Comunidad: _____

Módulo: _____

INSTRUCCIONES

Lea cuidadosamente las preguntas que a continuación se enuncian y marque con una X la respuesta:

1.- ¿Cuál es su edad ?

1.- ___ 15 a 19

2.- ___ 20 a 24

3.- ___ 25 a 29

4.- ___ 30 a 34

5.- ___ 35 a 39

6.- ___ 40 a 44

7.- ___ 45 a 49

2.- ¿Cuál es su escolaridad ?

1.- ___ Analfabeta

2.- ___ Sabe leer y escribir

3.- ___ Primaria completa

4.- ___ Primaria incompleta

5.- ___ Secundaria completa

6.- ___ Secundaria incompleta

3.- ¿ Estado civil actual ?

- 1.- ___ Soltera
- 2.- ___ Casada
- 3.- ___ Unión libre
- 4.- ___ Separada
- 5.- ___ Viuda
- 6.- ___ Divorciada

4.- ¿ Con quien vive actualmente ?

- 1.- ___ Con mi pareja
- 2.- ___ Con mis hijos
- 3.- ___ Con mis padres
- 4.- ___ Con mis suegros

5.- ¿ La religión que practica usted es ?

- 1.- ___ Católica
- 2.- ___ Evangelista
- 3.- ___ Testigo de Jehová
- 4.- ___ Otras

6.- ¿ En su religión se acepta la planificación familiar ?

- 1.- ___ Si
- 2.- ___ No

7.- ¿ Conoce usted que es la educación sexual ? (escribalo con sus propias palabras)

- 1.- ___ Si
- 2.- ___ No

8.- ¿ Conoce usted las partes que integran el aparato reproductor femenino ? (Enúncielas con sus palabras)

1.- Si

2.- No

9.- ¿ Mencione brevemente que es la planificación familiar ?

10.- ¿ Porque cree usted que es importante planificar la familia?

1.- Para brindarle a los hijos las satisfacciones que uno no tuvo.

2.- Por la seguridad económica.

3.- Para darles amor y recibirlo de ellos.

4.- Ningún.

11.- ¿ Sabe con quien ir para recibir información de planificación familiar ?

a) Si

b) No

1.- Con la auxiliar de salud

2.- Con la enfermera

3.- Con el médico

4.- Con la partera

12.- ¿ Que opina de que se utilicen métodos anticonceptivos ?

1.- Porque son muy convenientes para planear la familia.

2.- De que no funcionan.

3.- De que son perjudiciales para la salud.

4.- De que se sientan protegidos.

5.- Otros

13.- ¿ Es usted usuaria de algún método anticonceptivo ?

- 1.- Si
- 2.- No

14.- ¿ Que factores influyen para que usted no utilice algún método anticonceptivo ?

- 1.- Porque su pareja no lo acepta
- 2.- Porque quiere tener los hijos que Dios le dé
- 3.- Por problemas económicos
- 4.- Porque su religión no lo permite
- 5.- Por problemas de salud
- 6.- Por información errónea
- 7.- Por la insatisfacción sexual
- 8.- Por que teme que fallen
- 9.- Otros

15.- ¿ Si usted o su pareja usa o ha usado algún método anticonceptivo diga cuales son sus razones para hacerlo ?

- 1.- Garantizar afecto y atención para los hijos que ya tiene.
- 2.- Por motivos económicos.
- 3.- Para tener relaciones sexuales sin la preocupación de un nuevo embarazo.
- 4.- Para no impedir el desarrollo individual.
- 5.- Por la promoción que se ha hecho.
- 6.- Para no descuidar la relación de pareja por los hijos.
- 7.- Por la situación demográfica del país.
- 8.- Ninguna

16.- ¿ Qué método anticonceptivo conoce usted ?

- 1.- ___ Pastillas
- 2.- ___ Inyección
- 3.- ___ D.I.U.
- 4.- ___ Condón
- 5.- ___ Salpingoclasia
- 6.- ___ Vasectomia
- 7.- ___ Ninguno

GLOSARIO DE TERMINOS

Absceso:	Lesión que contiene pus drenando o a punto de drenar; tumor purulento.
Acasia:	Nombre de la goma arábiga en las farmacia inglesa y norteamericana.
Acido:	Agrio, todo compuesto que tiene hidrógeno sustituible por los metales para tomar sales.
Albugínea:	Capa gruesa, blanca, de tejido fibroso que cubre una parte, especialmente la membrana densa que envuelve inmediatamente el testículo.
Aminoácido:	Principales constituyentes de las proteínas, y de su gran diversidad, como el infinito número de sus combinaciones, resulta la enorme variedad de proteínas.
Análoga:	Dícese de la parte u órgano que tiene la misma función que otro, pero su estructura distinta.
Anexitis:	Inflamación de los anexos.
Anexos:	Ovarios, trompas de falopio, ligamentos anchos y demás partes del aparato sexual femenino que están inmediatas al útero.
Anoxia:	Término general para los estados de oxigenación insuficiente.
Apical:	Relativo a una punta o vértice.
Aponeurosis:	Membrana fibrosa, luciente, resistente que sirve principalmente de envoltura a los músculos o para unir los músculos con las partes que mueven.
Atonía:	Falta de fuerza o tono normal, especialmente de un órgano contráctil.
Arciforme:	En forma de arco, arqueada; especialmente fibras nerviosas del bulbo.
Auxiliar de Salud:	Son personas seleccionadas por la propia comunidad, generalmente en asambleas convocadas por los líderes y autoridades, representan la base de los servicios de atención primaria de salud que se proporcionan a la población rural dispersa. Para facilitar el desarrollo de sus actividades reciben un curso de capacitación en planificación familiar y atención materno-infantil, además de contar continuamente con el apoyo técnico y asesoría de la supervisora de auxiliares de salud y del Coordinador Médico Jurisdiccional.

Bípido:	De dos pies.
Bulbo:	Parte, órgano o masa redonda.
Cacharro:	Vasija de loza ordinaria, pedazo o tiesto de vasija.
Cavernoso:	Que tiene cavernas y espacios huecos.
Cefalea:	Dolor en la cabeza o en el territorio de los craneales como síntoma asociado o acompañante de numerosas enfermedades generales o locales.
Célula:	La más pequeña unidad de materia viva que puede llevar existencia independiente y reproducirse espontáneamente.
Cervicitis:	Inflamación de la mucosa del cuello del útero.
Cicatriz:	Lesión caracterizada por la proliferación del tejido fibroso, que es parte del proceso de restauración de la piel.
Coito:	Relación sexual con aumento de la cópula, acto sexual.
Coronariopatía:	Cardiopatía coronaria.
Cuadrúpedo:	Que tiene cuatro pies.
Cloasma:	Hiperpigmentación de la piel de la cara que se observa durante el embarazo o por disfuncionamiento ovárico.
Cutánea:	Relativo a la piel.
Cribiforme:	Nombre del hueso etmoides.
Crural:	Relativo a la pierna o muslo, femoral
Depresión:	Acción y efecto de deprimir o deprimirse.
Dermatitis:	Toda enfermedad de la piel de origen inflamatorio.
Dismenorrea:	Menstruación difícil o dolorosa.
Dispareunia:	Coito difícil o doloroso.
Eclampsia:	Enfermedad producida durante el embarazo, con la aparición de una o más convulsiones no atribuible a otras condiciones cerebrales, como epilepsia o hemorragia.
Edema:	Infiltración de líquidos seroalbuminoso en los espacios intercelulares de los tejidos orgánicos.

Embarazo Ectópico:	Es el implante de un embarazo fuera de la cavidad uterina.
Endometritis:	Proceso inflamatorio del endometrio.
Epididimitis:	Inflamación del epidídimo.
Epidídimo:	Pequeño cuerpo oblongo, grisáceo, situado y fijo sobre la parte superior del testículo.
Equimosis:	Extravasación de sangre en el espacio tisular, que se manifiesta por una mancha purpúrica.
Eréctil:	Que tiene la propiedad de ponerse en erección.
Esmegma:	Sustancia espesa, caseosa, maloliente, que se encuentra en el surco, balanoprepucial y alrededor de los labios menores, producto de la acumulación de células pavimentosas descamadas.
Esterilidad:	Calidad de estéril, imposibilidad de procrear.
Esterilización:	Procedimiento por medio del cual se destruyen todos los microorganismos patógenos y no patógenos, incluidas las esporas.
Esteroide:	Sustancia de importancia fisiológica, constituida por cuatro anillos unidos de manera característica a los que se adhieren una o dos cadenas laterales.
Estradiol:	Esteroide estrogénico, de hidrostrona, aislado del líquido de los folículos del ovario de cerca y preparado por hidrogenización de la estrona.
Estriol:	Esteroidestrogénico, que se encuentra en la orina de las hembras embarazadas
Estrógeno:	Término aplicado a los compuestos derivados de los esteroides, elaborados, por el ovario, testículo, corteza suprarrenal y placenta, que estimulan al desarrollo de los caracteres sexuales femeninos.
Estroma:	Trama o armazón de un órgano, glándula u otra estructura generalmente de tejido conjuntivo, que sirve para sostener entre sus mallas los elementos celulares, debe diferenciarse del parénquima o parte funcional.
Fimbria:	Franja, especialmente el extremo ovárico de la trompa de falopio.
Folículo:	Cripta o pequeño saco en forma de dedo de guante en una mucosa o en la piel, generalmente con función secretoria.

Gameto:	Célula sexual; masculina o femenina, elemento celular que se une con otra para formar el cigoto.
Gametogénesis:	Desarrollo de elementos sexuales o gametos.
Genital:	Relativo órganos de la reproducción.
Glándula:	Órgano cuya función es fabricar productos especiales a expensas de los materiales de la sangre.
Glucógeno:	Que produce azúcar, isómero con el almidón que existe en el hígado, músculo, cartílago, leucocitos etc. Se forma en el hígado a expensas de los hidratos de carbono y se almacena allí para convertirse en azúcar a medida que las necesidades de él lo requieran.
Granuloma:	Pequeño tumor de forma redonda, cualquiera que sea su naturaleza, tuberculosa, sifilítica, inflamatoria.
Hematoma:	Extravasación de sangre en los tejidos que llega a tener aspecto tumoral.
Hemoglobinopatías:	Grupo de enfermedades hereditarias debidas a la presencia de una hemoglobina anormal.
Hidrocele:	Colección circunscrita de líquido especialmente en la túnica vaginal del testículo.
Hiperlipemia:	Exceso de grasa, lípidos o lipoides en la sangre.
Histología:	Estudio de la composición microscópica de los tejidos orgánicos.
Homólogo:	Dícese de la igualdad de ambas mitades de un órgano impar; o de los órganos pares en su forma y estructura.
Homúnculo:	Especie de duendecillo que pretendían fabricar los brujos de la Edad Media.
Hormona:	Producto secretado por una glándula, vertido a la sangre.
Horquilla:	Comisura posterior de la vulva.
Ictericia:	Coloración amarilla de la piel, mucosas y secreciones por aumento de la bilirrubina sanguínea.
Infección:	Dícese de la entrada, desarrollo o multiplicación de un agente infeccioso en el organismo humano o animal.

Insuficiencia Cardíaca:	Incapacidad del corazón para expulsar un volumen adecuado de sangre.
Introspección:	Contemplación o examen de los propios pensamientos y sentimientos, autoanálisis.
Lactancia:	Alimentación de la criatura por medio de la leche en el período en que maman.
Lanugo:	Vello del feto.
Láctico:	Acido hidroxipropiónico; se produce por fermentación de la leche y como etapa intermedia en diversos procesos metabólicos de los mamíferos, especialmente en la contracción muscular, cuando falta oxígeno.
Laparoscopia:	Examen endoscópico de la cavidad peritoneal, examen de la cavidad abdominal previa laparotomía.
Laparatomía:	Incisión quirúrgica de las paredes abdominales, exploradora, la efectuada con objeto diagnóstico.
Lisis:	Disolución o destrucción de células o bacterias.
Lúteo:	Cuerpo amarillo, se aplica a ciertas formaciones anatómicas como la mácula lútea y el cuerpo lúteo.
Meato:	Conducto, canal u orificio de un conducto.
Menarquía:	Menarca; establecimiento o iniciación de la menstruación.
Menopausia:	Cesación natural de la regla y período de la vida entre los 45 y 55 años de edad en que ocurre; climaterio.
Menstruación:	Fenómeno fisiológico de la vida sexual femenina por el cual se elimina periódicamente parte de la caduca uterina con flujo sanguíneo y moco.
Método:	Manera de practicar un acto u operación, sujeta a ciertos principios.
Mioma Uterino:	Tumor uterino benigno constituido por células de origen muscular.
Mito:	Forma, fábula, acción, tradición alegórica, por lo común de carácter religioso, cosa inverosímil.
Mucoproteína:	Proteína conjugada en el núcleo prostético es un polisacárido constituido por aminohexosas y ácidos combinados con restos acetílicos o sulfónicos.
Múltipara:	Que ha parido varias veces.

Necrosis:	Mortificación de un tejido en general; gangrena, la parte necrosada se llama secuestro.
Nefropatía:	Término genérico para las enfermedades del riñón.
Ninfa:	Labio menor de la vulva.
Nódulo:	Lesión redonda que se palpa debajo de la piel, recubierta por piel inflamada o normal.
Orgasmo:	Grado más alto de excitación sexual especialmente; crisis de eyaculación en el hombre y de relajación de la mujer como remanente del coito.
Organelo:	Partícula de sustancia viva presente en casi toda la célula.
Ovocito:	Elemento reproductor femenino, formado y contenido en el ovario, del cual después de fecundado se desarrolla el embrión.
Oxitocina:	Hormona producida normalmente por la hipófisis posterior, que se encarga de estimular las contracciones uterinas y la liberación de leche hacia los conductos galactóforos.
Pabellón:	Extremo externo, ensanchado y frangeado de la trompa de falopio.
Parto Eutócico:	Expulsión del producto por vías naturales, espontáneamente.
Preeclampsia:	Manifestación o estado de toxemia que preceden a la eclampsia.
Prepucio:	Pliegue mucocutáneo de la piel del pene que cubre al grande.
Prolactina:	Hormona de la porción anterior de la hipófisis que estimula la secreción láctea; galactina, hormona lactógena.
Prostaglandina:	Factor biológico muy activo que se halla prácticamente en todos los tipos celulares a excepción de los eritrocitos.
Púbico:	Parte media inferior del hipogastrio.
Pudendo:	Organos genitales externos. Nervio que es rama del coxigeo y se bloquea al realizar la episiotomía en la primigesta.
Sepsis Puerperal:	Infección del endometrio y los linfáticos que tiene lugar después del aborto o parto y a la que también se denomina fiebre puerperal.
Teca:	Cubierta exterior del folículo del Graaf.

Terapeuta:	Médico experto en terapéutica.
Trabéculas:	Cada uno de los tabiques que se extienden desde la envoltura de un órgano parenquimatoso a la sustancia de ésta, formando con los otros la parte esencial de la estroma.
Tromboembolia:	Embolia u oclusión total de un vaso por un trombo.
Trombo:	Coágulo sanguíneo en el interior de un vaso que permanece en el punto de su formación.
Tromboflebitis:	Inflamación de la íntima venosa con formación de un coágulo.
Varicocele:	Dilatación varicosa de las venas del cordón espermático.
Vestíbulo:	Atrio, espacio o cavidad que sirve de entrada a otra cavidad.
Zoofilia:	Atracción o uso de animales como objeto sexual también se le llama a la afición de posesión de animales sin relación con satisfacción sexual.

BIBLIOGRAFIA

Alvarado Lourdes. El siglo XIX ante el Feminismo. UNAM, México 1991.

Alvarez Gayou. Elementos de Sexología. Ed. Interamericana, México 1979 pp.315.

Aguilar Citlali. Textos y Pretextos de Once Estudios sobre la Mujer. Ed. Colegio de México 1991 pp. 502.

Balseiro. L. Carmen. Investigación en Enfermería. Ed. Librería Acuario, México 1988 pp.255.

Benson Raeph. Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétrico. Ed. Manual Moderno, 7a ed, México 1988 pp.1103.

Billings Jhon. Método de la Ovulación. Ed. Paulinas, 15 ed, México 1984 pp.641.

Boletín Informativo de la Planificación Familiar, Vol. II 1986.

Burt Jhon. Educación Sexual. Ed. Interamericana, 3a ed, México 1980 pp. 539.

C. Levy Claudine. Reflexiones en Torno a la Mujer, la Familia y la Educación. Ed. Universidad Pedagógica Nacional, México 1990.

Conapo. Sociedad y Sexualidad. Vol. I. Conapo, México 1982 pp.541.

Conapo. Educación y Sexualidad. Vol. IV Conapo, México, 1982 pp. 371.

Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos. Ed. Dirección General de Gobierno, México 1992 pp.331.

Dorland. Diccionario de Ciencias Médicas. Ed. El Ateneo 6a. ed. pp.1320.

Dexeus Santiago. Anticoncepción. Ed. Salvat. Barcelona. 1989 pp.400.

Dexeus Santiago. La Concepción hoy. Ed. Salvat. Barcelona. 1985 pp.145.

Dirección General de Planificación familiar, S.S.A. Manual de Contenidos para el curso básico de Orientación

Sexual y Planificación Familiar. México 1989 pp.25.

Fandlay. L. R. Alan. La reproducción y el feto. Ed. Manual Moderno, México 1987 pp.127.

Freud S. Psicología de las masas y análisis del Yo. Ed. Nueva Biblioteca.4a. ed. Tomo II, México 1981 pp. 2563.

Freud S. Tres ensayos para una teoría sexual. Ed. Nueva Biblioteca. Tomo III, Madrid España 1981 pp.1237.

Gally Esther. Sexualidad humana y planificación familiar. Ed. Pax México, 4a. ed. México 1986 pp.190.

Gagnon John. Sexualidad y conducta social. Ed. Pax. México 1980 pp.245.

Gori M. Roberto. Ginecología. Ed. el Ateneo, 3a. ed. México 1988 pp.646.

Gordon Scorer. Problemas Éticos en Medicina. Ed. Ediciones Dayma México 1983 pp. 127.

Gomez L. Francisco. Sociología. Ed. Porrúa, 12a, ed. México, 1984 pp. 472.

Hubar. Charles. Como Orientar en Planificación familiar. Ed. Pax. México 1986 pp.191.

Jones Kenneth. Sexualidad Humana. Ed. Pax-México, 3a. ed. México 1986 pp. 291.

Lagarde Marcela. Cautiverios de las Mujeres. Ed. UNAM, México 1990.

Ley General de Salud. Ed. Porrúa, 5a, ed. México 1989 pp.1040.

Mc Cary L. Sexualidad Humana. Ed. Manual Moderno, México 1992 pp.683.

Mondragón Hector. Ginecología Básica Ilustrada. Ed. Trillas. México 1988 pp. 478.

Mondragón Hector. Obstetricia Básica Ilustrada. Ed. Trillas, 2a Ed. México 1985 pp. 822.

Manisoff Miriam. Enseñanza de la Planificación Familiar. Ed. Interamericana, México pp. 95.

Novak R Edmundo. Tratado de Ginecología. Ed. Interamericana, 9a ed México 1979 pp.794.

Naghi N Mohammad. Administración de Programas de Planificación Familiar. Ed. Limusa, México 1994 pp. 333.

Norma Técnica de Planificación Familiar en Atención Primaria a la Salud.

Olds B. Sally. Enfermería Materno infantil. Ed. Interamericana, México 1989, 2a ed. pp. 1283.

OMS. Enciclopedia de la Vida Sexual Sana. Ed. Salvat. Tomo III, México 1989 pp.300.

Pérez Julieta. Higiene Sexual. Tesis Profesional.

Programa de Capacitación y apoyo Académico para pasantes de Medicina, S.S.A. Métodos Anticonceptivos. México 1993 pp.931.

Programa Nacional de Desarrollo de 1989-1994. Ed. J. Mortiz. pp.931.

Quiroz Fernando. Tratado de Anatomía. Tomo III. Ed. Porrúa, 4a ed. México 1962 pp. 513.

Stone Abraham. Métodos Prácticos para el control de la natalidad. Ed. Diana. México 1978 pp.150.

Salvat. Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. Ed. Salvat 13a ed. México, 1991 pp. 1991.

Santos Gonzalez Rafael. Proyectos de Planificación Familiar y Educación Sexual en Colaboración con la iglesia. México D.F. 1993 pp.11.

S.S.A. Norma Oficial Mexicana de Planificación Familiar. Mayo 1994. p.p. 64.

Secretaría de Salud de Planificación familiar. Los métodos anticonceptivos y los procedimientos naturales. México 1992 pp.43.

Secretaría de Salud. Cuaderno Técnico de Planificación Familiar No. 12. México 1988 pp. 365.

Secretaría de Salud. Educación Sexual en la Adolescencia y Planificación Familiar. México 1984 pp.110.

Subsecretaría de Servicios de Salud. Dirección General de Planificación Familiar. Memoria de la Reunión sobre avances y Perspectivas de la Investigación social en Planificación Familiar. México 1988 pp. 222.

Tortora Gerard. S. Principios de Anatomía y Fisiología Ed. Harla, 3a. Ed. México, D.F., pp. 1034.